



Jóvenes: Vulnerabilidad y VIH.
Resultados de la encuesta CAP. Segunda fase.

JÓVENES: VULNERABILIDAD Y VIH.
Resultados de la encuesta CAP. Segunda fase.

Cuaderno No. 7

Colección: Cuadernos técnicos del Proyecto Fondo Mundial en Colombia

Autores
Franklyn Prieto Alvarado
Carlos Alberto González P.

PROYECTO COLOMBIA – FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, TUBERCULOSIS Y MALARIA



Proyecto Colombia

Este documento fue financiado por el Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, mediante el Proyecto: Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS-VIH-SIDA, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia.

Colección: Cuadernos técnicos del Proyecto Fondo Mundial en Colombia

Cuaderno 7. Jóvenes: Vulnerabilidad y VIH. Resultados de la encuesta CAP. Segunda Fase.

Prieto Alvarado Franklyn – González P. Carlos Alberto- Bogotá D.C.

Autores del Proyecto

Ricardo Luque, Gloria Puerta, Carlos Hernández y Sofía Gutiérrez del Ministerio de la Protección Social; Ricardo García y Nayibt Salom de ONUSIDA; Linda Eriksson de OIM; Harvey Suarez y Diego Henao de CODHES; Gisella Olivera y Mauricio Polanco del Ministerio de Educación Nacional; Alfredo Mejía del INS; Juan Ignacio Arango de PNUD; Celsa Sampson de OPS; Sergio Montealegre de RECOLVIH; Omar Oróstegui del Programa Presidencial Colombia Joven; Patricia Sarmiento y Adriana Becerra de la Red de Solidaridad Social; Patricia Ospina, Andrew Dier y Liliana Schmitz de PROFAMILIA; Judith Sarmiento, María Elvia Domínguez y Franklin Gil de la Escuela de Género de la Universidad Nacional; Jorge Iván Moya y Janeth Perea de la Cruz Roja Colombiana

Mecanismo Coordinador de País (MCP)-Colombia Instituciones miembros (2007)

Ministerio de la Protección Social
Ministerio de Educación Nacional
Instituto Nacional de Salud
Acción Social
Programa Presidencial Colombia Joven
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida - ONUSIDA
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF
Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA
Organización Panamericana de la Salud - OPS
Organización Internacional para las Migraciones - OIM
Alto Comisionado para los Refugiados - ACNUR
Oficina de Naciones Unidas contra Drogas y Crimen - UNODC
Asociación Probienestar de la Familia Colombiana - PROFAMILIA
Cruz Roja Colombiana
Red Colombiana de Personas que viven con VIH y Sida - RECOLVIH
Liga Colombiana de Lucha contra el Sida
Coalición de Líderes que viven con el VIH y Sida
Asociación de usuarios del ISS
Fundación Henry Ardila
Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia
Programa Mundial de Alimentos - PMA

Equipo de Gerencia

Linda Eriksson

Oficial de Programa VIH, OIM Colombia

Diana Victoria Peñarete

Gerente 2007 -2008

Ángela González Puche

Gerente 2004-2007

Franklyn Prieto Alvarado

Asesor en Salud Pública 2006 -2008

Daniel Fernández Gómez

Asesor en Ciencias Sociales 2005 - 2008

Oliverio Huertas Rodríguez

Asesor en Emprendimientos Juveniles 2005-2008

Carlos Alberto González Promicieros

Monitor en Salud Pública

Emmanuel Fontalvo Patiño

Monitor en Ciencias Sociales

Leydi Higidio Henao

Monitora en Emprendimientos Juveniles

Luis Caicedo Valbuena

Felipe Roldán

Analista Financiero

2004 - 2008

Oscar Díaz Sotelo

Asistente de Monitoreo y Evaluación

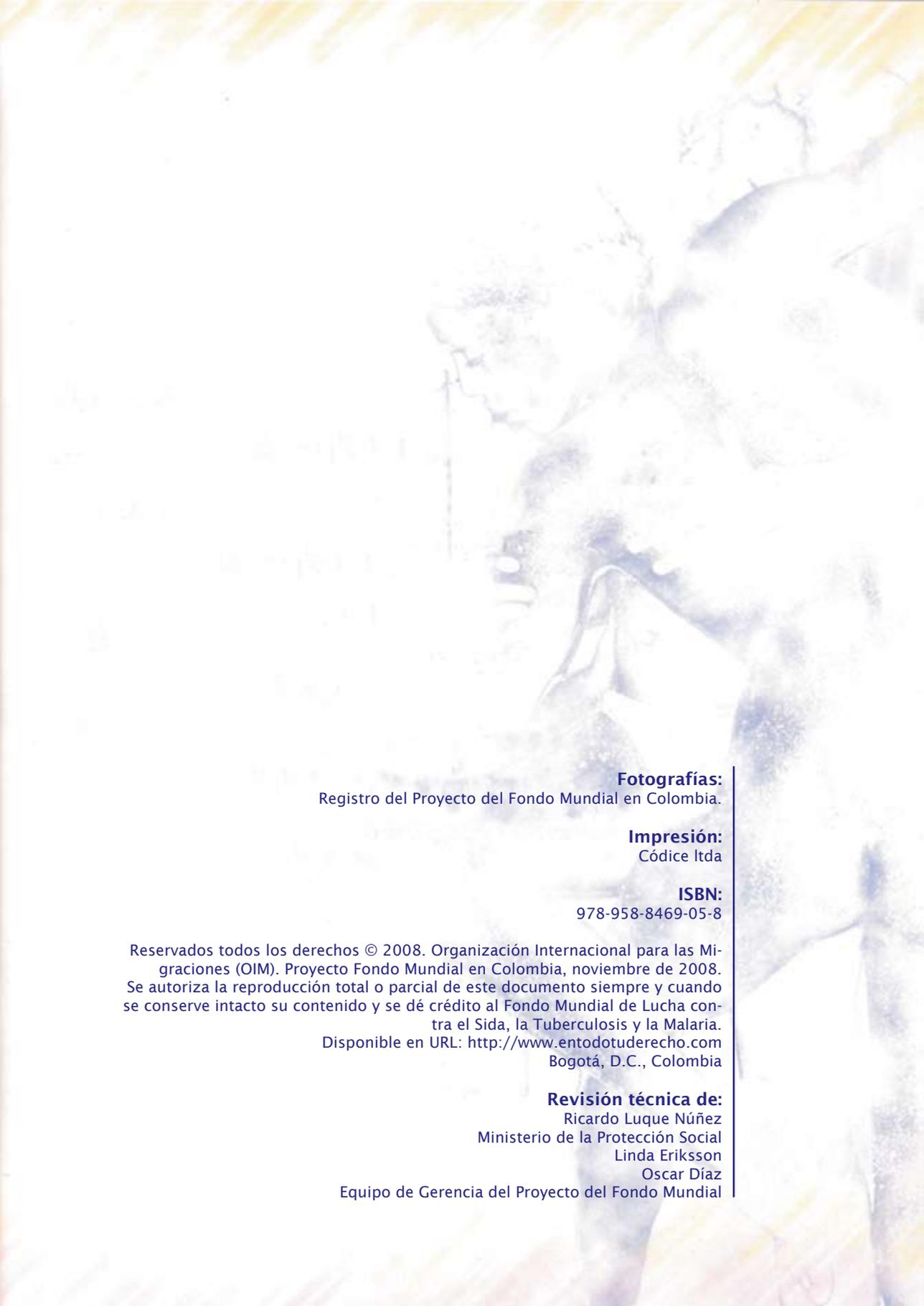
Astrid del Pilar Lara

Asistente de Proyecto

Ángela Andrea Garzón

Félix Diesner

Estudiantes en pasantía 2006 - 2008



Fotografías:

Registro del Proyecto del Fondo Mundial en Colombia.

Impresión:

Código Ltda

ISBN:

978-958-8469-05-8

Reservados todos los derechos © 2008. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Proyecto Fondo Mundial en Colombia, noviembre de 2008. Se autoriza la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se conserve intacto su contenido y se dé crédito al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Disponible en URL: <http://www.entodotuderecho.com>
Bogotá, D.C., Colombia

Revisión técnica de:

Ricardo Luque Núñez
Ministerio de la Protección Social
Linda Eriksson
Oscar Díaz

Equipo de Gerencia del Proyecto del Fondo Mundial

Reconocimientos

Participaron en la validación de la encuesta:

Luz Marina Naranjo (Armenia); Andrés Mindiola (Arauca); Myriam Rubio (Apartadó - Antioquia), María Fernanda Valencia (Buga - Valle); Amanda Molina (Cali), Nazly Mulford (Cartagena) Tany Torrente (Chaparral - Tolima), Martha Fajardo (Florencia), Lida Quevedo (Granada - Meta), Karina Paredes (Mocoa), Erika Bedoya (Pereira), Claudia Caipa (Puerto Triunfo - Antioquia), Diva Palacios (Quibdó), Jairo Suárez (San Luis - Antioquia), Elsy Zuñiga (Santa Marta), Rafael Agamez (Sincedejo), Yunis Vidal (Tierralta - Córdoba), Consuelo Cabezas (Tumaco - Nariño), Carlos Pacheco (Turbo - Antioquia), Sofía Polo (Valledupar), Sandra Leguizamón (Yopal), Liliana Osorio, Yolanda Montoya, Mónica Garzón, Lizeth Cañas, Josué López, Luz Aguirre (Alianza Antioquia)

José Jaramillo - Voluntario OIM

Alfredo Mejía - Fundación Henry Ardila

Ricardo García - Onusida

Juan Simbaqueva - Recolvih

Linda Eriksson - OIM

Mary Luz Mejía - UNFPA

Fabio Rivas - Universidad Nacional

Teresita de Jesús - Universidad Santo Tomás

Participaron en la recolección de la información

Luz Helena Parra, María Fernanda Delgado, Martha Ramírez, Meryhelen Martínez, Adriana Hernández, Johanna Cifuentes, Tom Peter y Héctor Pachón (Armenia); Doris Herrera, Diana Castellanos, Rafael Liñán, Gladis Herrera, Luz Uribe, Isabel Garnica y Andrés Mindiola (Arauca); María Fernanda Valencia, Claudia Domínguez, Nhora Lerma, Paula Cabrera, Lina Soto, Stella Jiménez, Liliana Alfaro, Yahira Tulcán (Buga - Valle); Amanda Molina, Diana Zuleta, Jaime Echeverri, Hugo Caicedo (Cali), Nazly Mulford, Berledes Monterrosa, Beatriz Castaño, Libia Bravo (Cartagena), Tany Torrente y Luz Mery Moreno, Claudia Melo, Yuri Villabón (Chaparral - Tolima), Martha Fajardo, John Muñoz, Mercedes Endo, Johanna Ospina, Dora Ortiz (Florencia), Lida Quevedo, Luis Moreno, Germán Cerón y Patricia Cerón (Granada - Meta), Karina Paredes y Carmen Mejía (Mocoa), Lina Yaruro, Stella Montagut y Luis Orlando Vergel (Ocaña), Erika Bedoya, Maribel Restrepo, Francisco Londoño, Melissa Rosero, César Castaño, Marcela Marulanda (Pereira), Sandra Muñoz (Popayán) Diva Palacios, Leslie Rojas, Cenobia Ibarguen y Mary Luz Palacios (Quibdó), Yezid Garzón, Nubia Urquijo, Luz Yaleina R, Carolina Martínez (San José del Guaviare), Nidia García, Gloria Suárez, Carolina Arcila, William Gómez (San Luis - Antioquia), Lidia Alvarez, Patricia Ferrín, Marlyn Cáceres, María Fernanda Acosta, Tatiana Lasprilla, Nelfi Sierra (San Pablo), Lilibeth Ortiz y Nerys Zapata (Santa Marta), Leydys Anaya, Greysi Anaya, Adalberto Evangelista, Boris Señas, Alfonsina Generis, Dagoberto Izquierdo, Pablo Carrascal, Yanis Pérez (Sincedejo), Nina Valencia, Ana Narváez, Tania Vida, Yanis Vidal (Tierralta - Córdoba), Consuelo Cabezas (Tumaco - Nariño), Sofía Polo, Yadira Tabares, Luzvy Calderón, Aidée Cañas, Marilly Rosado, Yesenia Liñan (Valledupar), Carolina Martínez, María Isabel Anzola (Yopal), María Claudia Gutiérrez, Liliana Osorio, Yolanda Montoya, Mónica Garzón, Mónica Sáenz, Lina Parada, Lina Calderón, Laura Galíndez, Liliana Llano, Lizeth Cañas, Josué López, Luz Aguirre, Neidy Henao, Olga Correa, Edinson Mira, Daniel Largo, Natalia Gamboa, Adriana Puerta, Lina Urrego, Cesar Sepúlveda, Carolina López, Zulayda Gutiérrez, Sebastián Pineda, Daniel López, Elizabeth Zapata, Carolina Toro, Lucía Gómez (Alianza Antioquia)

INDICE

RESUMEN	9
Introducción	9
Objetivo	9
Materiales y Métodos	9
Resultados	9
Discusión y conclusiones	10
ABSTRACT	11
Background	11
Objective	11
Material and Methods	11
Results	11
Discussion and conclusions	12
INTRODUCCIÓN	13
MATERIALES Y MÉTODOS	15
Tipo de diseño	15
Diseño de la muestra	16
Población	16
Técnica de recolección	16
Tamaño de la muestra	17
Instrumento y Prueba Piloto	18
Variables	19
Sistematización de la información	20
Análisis de la información	20
La intervención	21
Consideraciones éticas	23
RESULTADOS	25
Caracterización socio-demográfica	25
Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual	28
Conocimientos sobre mecanismos de transmisión y modos de prevención	28
Conocimientos relacionados con actitudes de estigma y discriminación	31
Conocimientos sobre síntomas de ITS	34
Conocimientos sobre uso del preservativo	36
Fuentes de información sobre ITS	38
PRÁCTICAS SEXUALES	40
Antecedente de relaciones sexuales	40
Uso del preservativo	44
Relación entre edad de inicio y uso del preservativo durante la primera relación sexual	46
Relación entre uso del preservativo durante la primera y la última relación sexual	47
Razones de no uso del preservativo durante la última relación sexual	48
Acceso al preservativo	51
Relación entre cargar el preservativo y uso durante la última relación sexual	54

Otros factores de vulnerabilidad	55
Otros antecedentes	57
Percepción de riesgo	62
Relación de percepción de riesgo y prueba de VIH	64
Consumo de sustancias psicoactivas	65
DISCUSION	68
Conocimientos sobre ITS y uso del preservativo	68
Prácticas sexuales	72
Otros antecedentes	75
Percepción de riesgo	77
Sobre la discusión	78
Para finalizar...	82
REFERENCIAS	86
ANEXO A. Instrumento	91
ANEXO B. Manual de Procedimientos	100
Selección de los jóvenes en los conglomerados de instituciones educativas	103
Selección de los jóvenes en los conglomerados de grupos no escolarizados	104
ANEXO C. Consentimiento	109
ENCUESTA PARA JOVENES SALUD SEXUAL Y VIH	109



RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Ante el contexto de violencia y desplazamiento forzado en Colombia, los y las jóvenes son considerados como una población con mayor vulnerabilidad al VIH. El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria financió un Proyecto de prevención para disminuir su vulnerabilidad. En una primera fase, fueron abordados 16 municipios y 32 en una segunda etapa.

OBJETIVO

Identificar los cambios en los conocimientos y las prácticas relacionados con ITS y VIH de los jóvenes en 29 de los 32 municipios de segunda fase intervenidos con una estrategia integral de educación para la sexualidad con enfoque de habilidades para la vida, acceso a servicios de salud para jóvenes y apoyo a iniciativas (emprendimientos) juveniles.

MATERIALES Y MÉTODOS

Fue una encuesta transversal tipo conocimientos, actitudes y prácticas previa ($n=6.229$) y posterior ($n=6.196$) a la intervención, dirigida a jóvenes de 10 a 24 años. El muestreo fue por conglomerados bietápico anónimo no ligado. La información se estratificó por edad, sexo, situación de estudio o trabajo y de movilidad.

RESULTADOS

Los jóvenes aumentaron sus conocimientos sobre las ITS y el uso del preservativo; sin embargo, fue mayor para las prácticas protectoras

como el uso consistente del preservativo que incrementó de 48,3% a 57,1%. Mejoró el acceso a la prueba de VIH en quienes tienen antecedente de relaciones sexuales de 9,9% a 27,8%, sin relación con la percepción de riesgo. Los jóvenes que retardaron el inicio de las relaciones sexuales usaron el preservativo en la primera relación sexual. Los y las jóvenes que cargan un condón en el momento, usaron condón durante la última relación sexual.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La implementación de una estrategia integral permitió avanzar de un mayor nivel de información sobre ITS a la asunción de prácticas protectoras como el uso del preservativo. Es necesario incrementar los esfuerzos a largo plazo que permitan mantener o mejorar la situación de estos jóvenes bajo la estrategia integral desarrollada por el Proyecto.

Palabras claves (DeCS): VIH, comportamientos sexuales, adolescente, prevención de enfermedades, conocimientos, actitudes y prácticas en salud.

ABSTRACT

BACKGROUND

Because of violence and internal displacement in Colombia, the youths is considered as a population with increased vulnerability to HIV. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria financed a project to reduce their vulnerability. In the first phase, 16 municipalities were reached, in the second one, 32.

OBJECTIVE

To identify changes in knowledge and practices related to STI and HIV among youths in 29 of the 32 municipalities of second phase, intervened with an integral strategy of sex education with a focus on life skills, access to health services and support to youth initiatives.

MATERIAL AND METHODS

A cross sectional CAP-survey was applied to youth between the age of 10-24 years, including an initial (n=2.468) and a final measurement after a peer education intervention (n=5.198). Sampling was biethnic, anonymous, no-linked cluster survey. The information was stratified for age, sex, present educational status and mobility.

RESULTS

In the baseline, the level of knowledge (adequate conceptions) was minor in men, displaced populations, youths in the age of 10-14 years and persons currently studying (p value<0.05). After the pedagogic intervention, the level of knowledge showed a higher increase



($p < 0.05$) in the vulnerable population, reaching equal levels as the comparative groups. However, the level of protective practices did not rise, in contrast to the comparative groups ($p < 0.05$).

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

The interest in strategies of sex education for the most vulnerable population, aiming towards improvement of their knowledge and thus, reduction in their vulnerability, is evident. Nevertheless, it is necessary to strengthen education strategies aiming towards the improvement of protective behaviour, like life skills training.

Key words (MeSH): HIV; sex behaviour; adolescent; diseases prevention; health knowledge, attitudes, practice

INTRODUCCIÓN

Este es el último de siete cuadernillos técnicos que sistematizan las estrategias implementadas, lecciones aprendidas y resultados del proyecto “Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS-VIH-SIDA, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia”.

En este último cuadernillo se presentan los resultados que fueron recogidos en una encuesta CAP en el segundo grupo de 32 municipios; del total de los 48 municipios que fueron priorizados por el Proyecto. La aplicación de la encuesta se hizo en dos momentos; al iniciar las acciones en cada uno de los 32 municipios de la segunda fase del proyecto y, al finalizar las acciones del proyecto financiados por el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, Tuberculosis y Malaria en cada uno de los mismos municipios. Esto con el objetivo de primero crear una línea base sobre cómo estaba la población juvenil en cada municipio en varias áreas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, con énfasis en el VIH/SIDA; y posteriormente, para evaluar el impacto de las estrategias de trabajo en estos municipios con relación a los conocimientos, actitudes y prácticas en esa área.

Los resultados fueron muy satisfactorios en cuanto a que se lograron aumentos en los conocimientos y prácticas y una actitud más positiva frente a la temática y es por eso que, con mucho orgullo, les presentamos el cuadernillo Jóvenes: vulnerabilidad y VIH: resultados de la encuesta CAP, segunda fase.

El cuadernillo está dividido en una parte metodológica y otra de presentación de los resultados de la encuesta. Termina con la parte

de la Discusión y las Conclusiones. En los anexos puede encontrar el formato de la encuesta, igual como el instructivo para los y las facilitadores de la aplicación de la encuesta.

Pocos estudios de esta magnitud se han realizado en el país y con seguridad, el presente documento permitirá a los tomadores de decisiones en salud pública, tener argumentos para reorientar o fortalecer las acciones y los mensajes preventivos que se dirijan a la población de jóvenes y adolescentes.

Esperamos que la sistematización que se realizó de toda la experiencia sirva para la sostenibilidad de los modos de actuación y que se avance en el propósito solidario de contener la epidemia de VIH en nuestro país.

Ricardo Luque Núñez
Presidente MCP
Colombia

Asesor
Dirección General de Salud Pública
Ministerio de la Protección Social



MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE DISEÑO

Esta investigación hace parte de la aplicación del sistema de monitoreo y evaluación del Proyecto del Fondo Mundial en Colombia para los 32 municipios que participaron durante la segunda fase del mismo, entre enero de 2006 y marzo de 2008.

La encuesta tuvo dos momentos de aplicación: previo (marzo-julio 2006) y posterior (noviembre-marzo 2008) a una intervención integral a jóvenes y adolescentes de 10 a 24 años para evaluar el impacto en indicadores de conocimientos y prácticas, principalmente. La intervención integral incluyó una estrategia de educación entre pares, el mejoramiento del acceso a servicios de salud y educación (Proyecto de Educación para la Sexualidad y Estrategia de servicios de salud amigables para jóvenes), y la promoción del uso productivo de tiempo libre a través de iniciativas juveniles, denominadas emprendimientos juveniles.

Fue un estudio de corte transversal tipo encuesta en el marco de la vigilancia en salud pública de segunda generación para VIH (ONUSIDA - OMS, 2000). Los estudios de corte transversal pretenden seleccionar la población sin considerar la exposición o el evento como criterio de selección. Se distingue porque se indaga sobre la presencia de la exposición y la presentación del evento y porque se hace una medición de cada sujeto de estudio (Hernández, Garrido y López, 2000).

Este tipo de estudios es muy útil para la toma de decisiones en salud pública, en especial para la evaluación del impacto de una estra-

tegia de intervención en una comunidad. Estos estudios permiten estimar la prevalencia de algunos eventos, así como identificar o explorar sus posibles o conocidos factores de riesgo o protectores. Es importante su uso para factores prevalentes, enfermedades crónicas o cuyas manifestaciones se desarrollan lentamente (Hernández B. y Velasco, 2000).

Se administró una encuesta del tipo conocimientos, actitudes y prácticas que en algunos contextos se le añade a su denominación: creencias y saberes. Se considera que estas encuestas deben ser adaptadas a la realidad cultural local. Las encuestas CAP son instrumentos útiles para la planeación y evaluación de programas educativos, así como para las acciones de prevención, que proporcionan importantes fundamentos teóricos para su justificación (Ministerio de la Protección Social, 2004).

Puede considerarse un estudio ecológico del tipo exploratorio dado que se comparan las probabilidades de un evento a través del tiempo en una misma región (Borja-Aburto, 2000). Las mediciones realizadas al inicio y al final en los 32 municipios, corresponde a este tipo de modelo.

DISEÑO DE LA MUESTRA

POBLACIÓN

La población correspondió a jóvenes escolarizados y no escolarizados de las instituciones educativas y grupos de jóvenes de 10 a 24 años de edad, que fueron intervenidos con la estrategia de educación entre pares por el Proyecto Colombia. Los jóvenes seleccionados en los dos momentos de aplicación de la encuesta pertenecían a los grupos donde se trabajó la estrategia independientemente que correspondieran a líderes o a pares.

La unidad de análisis fue un o una joven de 10 a 24 años perteneciente a los 29 municipios donde operó el Proyecto Colombia del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, en su segunda fase.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN

Para la encuesta de la segunda fase, se utilizó como diseño de encuesta por muestreo de conglomerados denominada 30x7 (Lemes-

how y Robinson, 1985). El método consiste en la realización de una encuesta por muestreo de conglomerados ya que la opción de una muestra simple al azar de individuos en un área geográfica es difícil, al requerir el listado completo (marco muestral) de todos los individuos que cumplen con los criterios de inclusión.

La denominación de Encuesta 30x7, se debe a que la selección de los individuos se realizó en dos etapas. En una primera etapa, se seleccionó una muestra de 30 conglomerados, en este caso grupos de jóvenes (cursos, salones u organizaciones). Esta selección se realizó con probabilidad proporcional a su tamaño. En la segunda etapa de muestreo, se seleccionaron al azar mediante listado, siete jóvenes de 10 a 24 años pertenecientes a cada grupo o conglomerado (Lemeshow y Stroh, 1989). Por definición se estratificó la selección de conglomerados en un 30% de las organizaciones juveniles no escolarizadas.

Fue una encuesta autoadministrada en sus dos momentos. Los formatos de registro fueron entregados en un sobre cerrado con la información que soportaba el consentimiento informado. Una vez diligenciada, el individuo depositaba la encuesta en el sobre, lo sellaba y lo depositaba en una urna cerrada dispuesta para tal fin. Los individuos que contestaron la encuesta inicial y final no necesariamente fueron los mismos, esto ratifica el carácter ecológico de la comparación con las dos mediciones.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para la muestra, se deseaba establecer una prevalencia que el 95% de las veces se encontrara dentro de un error del 10%. Luego se utilizó la fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra para poblaciones no conocidas:

$$n = \frac{z^2 * p * q}{d^2}$$

DONDE:

n = tamaño de la muestra.

z = valor de z para una confianza del 95%.

p = prevalencia esperada.

q = probabilidad complementaria a la prevalencia esperada (1-p).

d = error esperado.

Si se calculaba con una prevalencia esperada de 0,50, un error esperado de 0,10 y una confianza de 95% ($z=1,96$), la muestra sería de 96. Basado en un efecto de diseño (deff), por los conglomerados, de 2, la muestra sería de 192 (Frerichs, 1989). Ante la posibilidad de una pérdida del 10% y para mantener la configuración de conglomerados que permitiera la probabilidad proporcional al tamaño, el tamaño de muestra final fue de 210 por municipio.

Esta metodología fue analizada en un metanálisis propuesto por Henderson y Sundaresan (1982) quienes revisaron 60 encuestas realizadas en 25 países. Determinaron que la proporción de las estimaciones logradas tuvieron un error de $\pm 10\%$ con límites de confianza al 95%, tal como se había propuesto en el diseño del método. Se observó globalmente que el 83% de 446 estimaciones resultaron con errores dentro de $\pm 10\%$ y ninguna se excedió en $\pm 13\%$. Estas estimaciones fueron aún más precisas cuando las prevalencias estaban por debajo del 25% o bien superaban el 65%. Este nivel permite la determinación de diferentes factores con el rango de error estimado y diferentes prevalencias.

INSTRUMENTO Y PRUEBA PILOTO

Se utilizó un cuestionario formulado y ajustado a partir de propuestas realizadas por Family Health International (2000), Onusida (2002), OMS, Profamilia (2005), Ministerio de la Protección Social (2004) y el Proyecto Colombia (2003). Ver Anexo A.

El instrumento tuvo un proceso de validación que combinó (Prieto, 2008-b):

1. La realización de un taller de estandarización y simulacro con los responsables de la encuesta en cada municipio.
2. Una prueba piloto acompañada de grupos focales en la localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá, liderada por el grupo de responsables de la encuesta.
3. Desarrollo de grupos focales y pruebas pilotos en los 32 municipios participantes de la segunda fase.
4. Con la información obtenida de los tres primeros pasos se diseñó una encuesta que fue presentada a un grupo de expertos del Comité Ejecutivo del Mecanismo Coordinador de País.

- 
5. Posterior a este proceso, se desarrolló una estrategia de diseño gráfico para construir la encuesta como un cuadernillo con viñetas, descansos y sin numeración a dos columnas.

VARIABLES

Las preguntas fueron agrupadas de la siguiente forma para el instrumento (ver Anexo A) y así se mantuvieron para el análisis:

1. Sociodemográficas: sexo, edad, estudio o trabajo, tiempo de permanencia en el municipio, situación por la cual cambió de sitio de residencia (si cambió en los últimos 5 años), afiliación al sistema de salud.
2. Conocimientos sobre ITS, VIH y Sida: percepción de conocimiento sobre VIH, mecanismos de transmisión (picadura de mosquito, tatuaje o agujas, comer del mismo plato, madre a hijo), modos de protección (uso del preservativo, abstinencia).
3. Actitudes ante las personas viviendo con VIH o Sida: una persona sana puede tener VIH, invitarías a comer a tu casa a alguien que tiene VIH y un profesor que tiene VIH debe continuar trabajando.
4. Conocimientos sobre síntomas de ITS: flujo vaginal, secreción genital, úlcera genital y disuria (ardor al orinar).
5. Conocimientos sobre uso del preservativo: poner antes de la penetración, retirar antes de la flacidez, fecha de expiración, no re-uso.
6. Medios de recibir información sobre ITS: amigos, colegio, padres, radio o televisión, servicios de salud, otros.
7. Prácticas sexuales: relaciones sexuales penetrativas alguna vez en la vida, edad de la primera relación sexual, relaciones sexuales con personas del mismo sexo y número de parejas durante los últimos doce meses.
8. Uso del preservativo: uso del preservativo durante la primera y

última relación sexual, uso consistente (siempre), razones de no uso durante la última relación sexual, participación en la decisión de uso o no, cargar condón en el momento y sitio donde accede generalmente a los preservativos.

9. Algunas prácticas sexuales de riesgo: relaciones sexuales a cambio de dinero, bajo efecto de bebidas alcohólicas o bajo efecto de sustancias psico-activas
10. Otros antecedentes: abuso sexual (y su denuncia), úlcera genital, secreción genital y uso de métodos de anticoncepción.
11. Percepción de riesgo: posibilidad percibida de adquirir del VIH, prevalencia reportada de VIH (ya tengo el VIH) y acceso a la prueba de VIH.
12. Uso de sustancias psicoactivas: bazuco, cocaína, éxtasis, heroína, marihuana, otros.

SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información fue digitada en el software Enter (Introducir Datos) de EpiInfo 6.04d® de acuerdo con una rutina por páginas del cuestionario. Para facilitar su validación por la cantidad de registros, las bases de datos se exportaron una a una a la base de datos nacional construida en Excel 2000®. El control de calidad reafirmó las rutinas de salto construidas en Epi Info, buscó duplicidad de identificación o de registro, estableció coherencia en el registro, eliminó registros incompletos o de menores de 15 años. Una vez consolidada y validada la información se exportó a EpiInfo 6.04d® y Epi Info 2000 3.4® para su procesamiento.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Las variables cualitativas fueron analizadas en sus proporciones o distribuciones de frecuencias, teniendo en cuenta como denominador la población que respondió o la población total de la encuesta. Para las preguntas que se referían a población que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, se tuvo en cuenta a ésta como denominador y para algunos casos, quienes tuvieron relaciones sexuales penetrativas en los últimos doce meses.

En una segunda parte, los resultados fueron estratificados por sexo, edad (alrededor de los 18 años), por movilidad (alrededor de 5 años) y por estudiar o trabajar en la actualidad. Estos resultados

fueron comparados entre grupos y entre mediciones (inicial y final). Se establecieron pruebas de hipótesis para la diferencia de proporciones mediante test de t de student de MannWithney, rechazando la hipótesis nula de igualdad con una significancia menor del 5%. En el texto de los resultados, las pruebas de hipótesis que tuvieron un valor de p mayor o igual a 0,05 fueron identificados como tales, para hacer más fácil la lectura, dado que los tamaños de muestra y de las submuestras permitieron establecer muchas diferencias estadísticamente significativas.

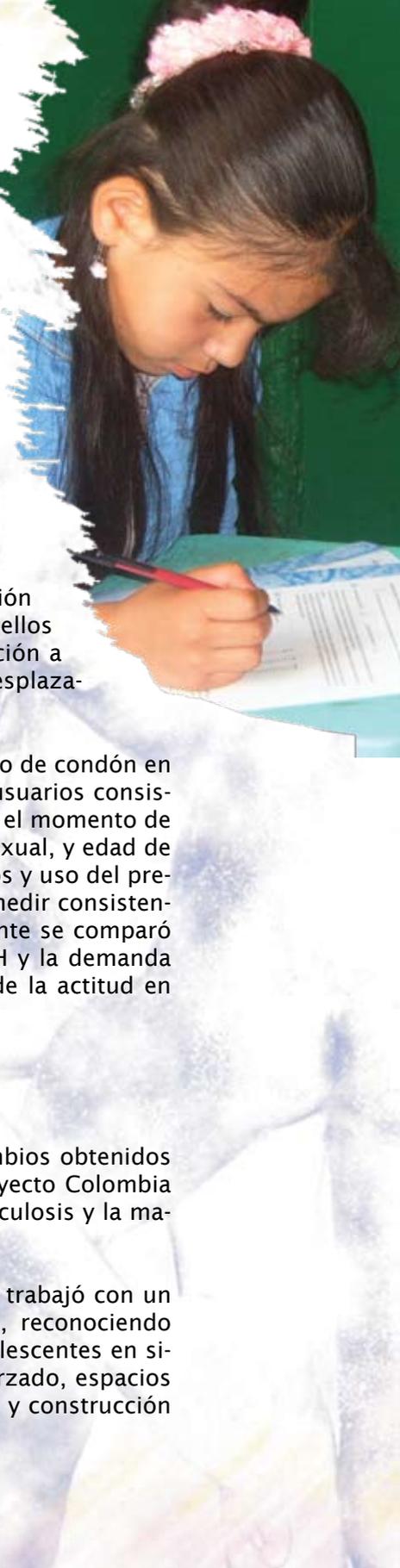
La comparación de los resultados entre la población que reside en el lugar hace menos de 5 años y aquellos con más de 5 años, se utilizó como una aproximación a las diferencias entre población en situación de desplazamiento y no desplazamiento.

Como análisis adicionales fueron comparados: el uso de condón en la primera relación y en la última, para identificar usuarios consistentes y nuevos usuarios; la tenencia del condón en el momento de la encuesta con su uso durante la última relación sexual, y edad de inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años y uso del preservativo durante la primera relación sexual, para medir consistencia en la disminución de la vulnerabilidad. Finalmente se comparó quienes se perciben o no en riesgo de adquirir VIH y la demanda de la prueba de VIH, para observar la traducción de la actitud en práctica.

LA INTERVENCIÓN

La encuesta es el instrumento para evaluar los cambios obtenidos luego de una intervención integral a través del Proyecto Colombia del Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria.

El Proyecto del Fondo Mundial en Colombia (PFMC) trabajó con un enfoque integral y bajo la perspectiva de género, reconociendo como factores protectores el ofrecer a los y las adolescentes en situación de vulnerabilidad por el desplazamiento forzado, espacios de encuentro, confianza, amistad, opciones de vida y construcción



de redes sociales que permitieran apoyar la reconstrucción de su desarraigo y de exclusión social en la que se encontraban; apoyó en la construcción de otras formas de vivir, que le dan sentido a la vida para relacionarse, encontrarse y tomar mejores decisiones para su vida en ejercicio de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.

El PFMC desarrolló sus acciones en busca de alcanzar los siguientes objetivos: i) Fortalecer la respuesta social y la coordinación intersectorial en los municipios sujeto del Proyecto; ii) fortalecer el acceso y la calidad de los servicios municipales de educación para la sexualidad y prestación de servicios en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH; y iii) formación y empoderamiento de adolescentes y jóvenes inmersos en contextos de desplazamiento.

Atendiendo a tales objetivos, los procesos de formación de los jóvenes se realizaron a través de una estrategia de educación entre pares, donde jóvenes líderes capacitados entregaron información a otros jóvenes, entablando diálogo e intercambio de experiencias. Las alianzas de operadores locales desarrollaron actividades pedagógicas dirigidas a grupos de jóvenes de mínimo 80 horas. Dichas actividades incluyeron los siguientes temas:

- Habilidades para la vida (OPS, 2001; Mantilla, 2003): manejo de emociones y sentimientos, toma de decisiones, conocimiento de sí mismo, “asertividad”, autonomía, afectividad y autoestima (que fue mejorado para la segunda fase del Proyecto);
 - Fortalecimiento individual y colectivo de jóvenes y organizaciones de jóvenes;
 - Promoción y prevención en salud sexual y reproductiva (prevención de la infección por VIH);
 - Prevención del abuso sexual;
 - Elementos constitutivos de la sexualidad (educación experiencial, erotismo, cuerpo, entre otros);
- Derechos sexuales y reproductivos;

En un primer grupo, los y las jóvenes fueron formados como replicadores o multiplicadores de la información a sus pares. En estos grupos fueron integradas personas en situación de desplazamiento.



El Programa de formación de jóvenes incluyó la formulación y el desarrollo de proyectos productivos, económicos y sociales con alternativas económicas para la construcción de proyectos de vida, lo cual se ha denominado emprendimientos juveniles (proyectos o iniciativas juveniles); es decir, desarrollo de capacidades, pero también de oportunidades. En este sentido, el PFMC promovió una estrategia de ocupación productiva a través del financiamiento y acompañamiento de emprendimientos juveniles sociales, culturales y de generación de ingresos.

Por su parte, los procesos de mejoramiento del acceso a la salud incluyeron, en primera instancia, el desarrollo de servicios amigables para jóvenes y adolescentes en salud sexual y reproductiva y la oferta de pruebas voluntarias para diagnóstico de VIH, con la entrega de tratamiento para los casos positivos en estricta confidencialidad. En segunda instancia, el fortalecimiento de las redes locales y departamentales de atención integral para VIH y Sida, para facilitar a los jóvenes el acceso a los servicios de salud y optimizar el seguimiento a aquellos que tengan diagnóstico positivo.

Adicional a estos procesos en salud, el Proyecto distribuyó preservativos y anticoncepción de emergencia a través de los procesos de educación entre pares, en los emprendimientos juveniles, en los servicios de salud y en las actividades de sensibilización a la comunidad.

Como proceso transversal, el Proyecto desarrolló una estrategia de comunicación social denominada En todo tu Derecho que incluyó propuestas lúdicas, videos, música compuesta por los jóvenes, promoción del acceso a los servicios de salud, diseño, confección y distribución de piezas comunicativas alternativas (ropa interior, porta-condones, manillas). Esto permitió una mayor apropiación del Proyecto por los y las jóvenes.

El Proyecto generó 8 módulos teóricos sobre la estrategia, denominados Caja de Herramientas. Estos documentos pueden ser consultados en:

www.oim.org.co y www.entodotuderecho.com

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es una encuesta enmarcada en el sistema de vigilancia en salud pública y es considerada una investigación de bajo riesgo para la

comunidad (Ministerio de Salud, 1993). Se informó a cada potencial encuestado sobre el objeto, la necesidad y los componentes de la encuesta, insistiendo en la confidencialidad de la información y mantenimiento del anonimato. Las personas podían asentir verbalmente si deseaban o no participar en la encuesta e independientemente recibían información sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Las personas podían desistir de participar o continuar respondiendo la encuesta. A cada participante se le entregó la información correspondiente al consentimiento verbal (Ver Anexo C).

La confidencialidad se conservó siguiendo una rutina estricta:

1. En ninguna parte el encuestado se identificaba. Ni en el momento de la selección, ni escribiéndolo en alguna parte del formato. No se escribían datos del municipio, la institución educativa o el grupo, el número de identificación, teléfono, dirección, fecha de nacimiento o código escolar.
2. La encuesta fue entregada en un sobre cerrado que contenía el consentimiento y el formato de la encuesta. Una vez terminado el diligenciamiento, el o la joven depositaban la encuesta en el sobre, lo sellaba y lo depositaba en una urna cerrada. El contenido de esta urna se ponía en un sobre de manila con el nombre del municipio y se enviaba a Bogotá para su digitación.
3. Durante el proceso de aplicación, el encuestador orientó sobre una encuesta en blanco sobre el significado de palabras o procesos que no eran entendidos por los y las jóvenes. En ningún momento el encuestador revisó la integridad del registro, solo preguntó en el momento de la entrega si la había diligenciado completa. En la presentación oral y escrita de la encuesta se insistió en la necesidad de asegurar la información completa y lo más sincera posible.
4. En el proceso de aplicación se repitió varias veces que quien quisiera retirarse, sin importar si había terminado o no, lo podría hacer.

Al final de la encuesta, especialmente en la aplicación inicial, los y las jóvenes recibieron información sobre el Proyecto y resolvieron dudas sobre la encuesta. Los encuestadores invitarían a los y las jóvenes a participar en el proceso de educación entre pares.

RESULTADOS

Por el tamaño de las muestras y las sub-muestras (estratos) sólo se identificará con el símbolo + si NO hay diferencias entre la línea de base y la evaluación final. Para las demás comparaciones se asumirá que se encontraron diferencias estadísticamente significativas (rechazo de la hipótesis nula de igualdad mediante una significancia menor de 0,05).

CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA

La encuesta fue aplicada en 32 municipios durante la línea de base y en 29, para la evaluación final. Para efectos del análisis comparativo fueron excluidos los municipios de Apartadó, Puerto Triunfo y Turbo (Antioquia) donde no fue posible realizar la encuesta de evaluación final. En los 29 municipios donde se realizaron las dos mediciones, se administraron 6.229 y 6.196 encuestas en los dos momentos. Tabla 1

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR MUNICIPIOS

MUNICIPIO	INICIAL	FINAL	MUNICIPIO	INICIAL	FINAL
Arauca	234	227	Pereira	211	239
Argelia – Ant	210	210	Popayán	220	290
Armenia	247	210	Quibdó	208	212
Buga – Val	208	219	San Francisco – Ant	216	209
Cali	211	210	San José del Guaviare	210	210
Cartagena	211	207	San Luis – Ant	206	210
Chaparral – Tol	211	210	San Pablo – Bol	211	210
Cocorná – Ant	209	210	Santa Marta	208	211

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR MUNICIPIOS

MUNICIPIO	INICIAL	FINAL	MUNICIPIO	INICIAL	FINAL
El Carmen de Viboral – Ant	209	218	Sincelejo	207	211
Florencia	210	215	Sonsón – Ant	210	210
Granada – Met	209	166	Tierralta – Cor	247	239
La Unión – Ant	209	210	Tumaco – Nar	247	213
Medellín	211	202	Valledupar	209	217
Mocoa	210	210	Yopal	209	210
Ocaña – Nte	211	181	TOTAL	6.229	6.196

No se encontraron diferencias estadísticas significativas por sexo, por edad (menores de 15 años y menores de 18 años), por estudiar o trabajar en la actualidad, por residencia menor de 4 años en la localidad de la encuesta, por afiliación o no al sistema de salud. Tabla 2

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

CATEGORÍA	INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%
Hombres	6.094	+49,2	6.144	+47,4
Menor de 18 años	5.964	85,1	6.050	85,9
Menor de 15 años	5.964	43,9	6.050	39,2
Estudian en la actualidad	6.206	88,7	6.174	92,2
Trabajan en la actualidad	6.206	+30,5	6.174	+29,3
Residencia menor de 4 años	6.187	+21,7	6.161	+20,9
Afiliación al SGSSS	6.163	84,4	6.143	85,9
No afiliación al SGSSS	6.163	+9,8	6.143	+9,4
Desconocimiento sobre aseguramiento	6.163	5,8	6.143	4,8

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

No se observaron diferencias importantes al ajustar por género, edad (menor de 18 años), estado actual de estudios y cambio de residencia (movilidad) en los últimos 5 años al inicio y al final de la medición para cada grupo. Tabla 3



TABLA 3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR SEXO, EDAD, ESTUDIO, TRABAJO Y SITUACIÓN DE MOVILIDAD

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	HOMBRES				MUJERES			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menor de 14 años	2.918	27,2	2.862	23,1	3.006	45,0	3.169	40,4
Menor de 18 años	2.918	84,0+	2.862	82,7+	3.006	86,4+	3.169	85,3+
Estudiar	2.988	88,1	2.906	91,1	3.088	89,3	3.223	93,1
Trabajar	2.988	39,9+	2.906	37,5+	3.088	21,4	3.223	19,2
Menos de 5 años de residencia	2.982	20,5+	2.900	19,9+	3.078	23,0	3.215	19,9
Afiliación a salud	2.964	84,6+	2.897	85,0+	3.078	84,3	3.202	86,7

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	14 A 17 AÑOS				18 A 24 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Estudiar	5.060	94,2	5.190	95,0	887	57,0	844	73,9
Trabajar	5.060	25,6+	5.190	24,3+	887	58,0	844	49,7
Menos de 5 años de resi- dencia	5.050	21,3+	5.178	19,8+	884	24,3+	844	22,2+
Afiliación salud	5.038	84,9	5.166	86,3	879	82,5+	840	83,8+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	ESTUDIA				TRABAJA			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 5 años de residencia	5.482	21,2	5.671	19,6	1.888	23,3+	1.715	22,0+
Afiliación salud	5.458	85,3+	5.651	86,6+	1.867	82,2	1.709	84,8

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Afiliación salud	1.336	78,9+	1.217	79,3+	4.293	86,7	4.809	88,4

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$



CONOCIMIENTOS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

CONOCIMIENTOS SOBRE MECANISMOS DE TRANSMISIÓN Y MODOS DE PREVENCIÓN

La percepción de mucho conocimiento sobre las ITS aumentó de 11,5% a 15,6%, así como disminuyó la percepción de ningún conocimiento de 6,5% a 3,5%. El conocimiento sobre los mecanismos de transmisión aumentó entre 3,1% (transmisión madre a hijo de VIH) y 11% (la picadura de mosquito no transmite el VIH). El incremento en el conocimiento se relacionó con una menor tasa de respuesta No sé (desconocimiento). Tabla 4

TABLA 4. CONOCIMIENTOS SOBRE MECANISMOS DE TRANSMISIÓN Y MODOS DE PREVENCIÓN DE LAS ITS Y EL SIDA

CATEGORÍA	INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%
Perciben mucho conocimiento ITS	6.192	11,5	6.157	15,6
Perciben ningún conocimiento ITS	6.192	6,5	6.157	3,5
El condón protege	6.169	65,9	6.134	74,5
El condón no protege	6.169	21,3	6.134	17,0
Desconoce si el condón protege	6.169	12,8	6.134	8,5
Picadura mosquito no transmite	6.176	38,3	6.156	49,3
Picadura mosquito transmite	6.176	28,8	6.156	26,0
Desconoce si la picadura transmite	6.176	32,9	6.156	24,7
Una aguja infectada transmite el VIH	6.176	73,3	6.162	79,2

TABLA 4. CONOCIMIENTOS SOBRE MECANISMOS DE TRANSMISIÓN Y MODOS DE PREVENCIÓN DE LAS ITS Y EL SIDA

CATEGORÍA	INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%
Desconoce si una aguja infectada transmite el VIH	6.176	16,8	6.162	10,5
Abstinencia sexual protege del VIH	6.108	42,6	6.109	46,6
Abstinencia sexual no protege del VIH	6.108	44,0+	6.109	43,9+
Desconoce si la abstinencia sexual protege o no	6.108	13,3	6.109	9,5
El VIH se transmite de madre a hijo	6.118	81,8	6.123	84,9
El VIH no se transmite de madre a hijo	6.118	5,4+	6.123	4,6+
Desconoce si el VIH se transmite de madre a hijo	6.118	12,8	6.123	10,6

La percepción sobre los conocimientos acerca de las ITS fue mayor para las mujeres que para los hombres, con un incremento final en sabe mucho, mayor en las mujeres (de 40 a 60%). No obstante, el nivel de base y el incremento de los conocimientos fueron similares entre géneros. Tabla 5

TABLA 5. CONOCIMIENTOS SOBRE MECANISMOS DE TRANSMISIÓN Y MODOS DE PREVENCIÓN DE LAS ITS Y EL SIDA POR SEXO.

CONOCIMIENTOS SOBRE TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN ITS	HOMBRES				MUJERES			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sabe mucho sobre ITS	2.984	12,6	2.905	16,4	3.078	40,0	3.206	60,0
Condón protege	2.974	70,9	2.888	77,3	3.068	61,6	3.201	71,9
No hay transmisión por picadura de mosquito	2.969	38,5	2.901	48,8	3.075	38,5	3.209	49,8
Transmisión por agujas	2.966	73,8	2.904	78,7	3.077	73,1	3.210	79,8
Abstinencia protege	2.932	41,8	2.882	46,6	3.043	43,2	3.179	46,8
Transmisión madre hijo	2.936	80,3	2.881	83,9	3.051	83,2	3.194	85,7

Los niveles base de conocimientos fueron menores en los menores de 18 años y el incremento en este nivel fue mayor en los mayores de edad. Tabla 6



TABLA 6. CONOCIMIENTOS SOBRE MECANISMOS DE TRANSMISIÓN Y MODOS DE PREVENCIÓN DE LAS ITS Y EL SIDA POR GRUPO DE EDAD

CONOCIMIENTOS SOBRE TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN ITS	14 A 17 AÑOS				18 A 24 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sabe mucho ITS	5.052	10,7	5.178	14,9	882	16,7	840	20,7
Condón protege	5.029	65,4	5.155	73,6	884	70,6	844	80,1
No hay transmisión por picadura de mosquito	5.032	37,4	5.174	46,9	882	45,2	844	66,0
Transmisión por agujas	5.033	72,0	5.175	78,9	881	82,3+	847	81,3+
Abstinencia protege	4.978	43,5	5.127	46,4	872	38,1	844	48,7
Transmisión madre hijo	4.982	81,4	5.144	84,6	877	84,7+	840	86,5+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Los niveles de base y finales fueron iguales entre quienes estudian y quienes trabajan. Tabla 7

TABLA 7. CONOCIMIENTOS SOBRE MECANISMOS DE TRANSMISIÓN Y MODOS DE PREVENCIÓN DE LAS ITS Y EL SIDA POR CONDICIÓN DE ESTUDIO O TRABAJO

CONOCIMIENTOS SOBRE TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN ITS	ESTUDIA				TRABAJA			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sabe mucho ITS	5.482	11,0	5.663	15,8	1.885	12,2	1.715	16,4
Condón protege	5.459	65,7	5.641	74,2	1.879	65,5	1.714	76,5
No hay transmisión por picadura de mosquito	5.462	38,1	5.661	48,7	1.883	37,1	1.713	49,5
Transmisión por agujas	5.467	73,0	5.662	79,9	1.880	76,0	1.719	80,5
Abstinencia protege	5.407	42,6	5.610	45,9	1.868	40,5	1.702	46,1
Transmisión madre hijo	5.414	82,1	5.624	85,0	1.858	82,0	1.706	85,4

Los que se movilizaron en los últimos 5 años, perciben que saben menos de ITS pero no se encontraron diferencias en los conocimientos sobre transmisión y prevención excepto para la identificación de la transmisión madre a hijo de VIH.

TABLA 8. CONOCIMIENTOS SOBRE MECANISMOS DE TRANSMISIÓN Y MODOS DE PREVENCIÓN DE LAS ITS Y EL SIDA POR MOVILIDAD

CONOCIMIENTOS SOBRE TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN ITS	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sabe mucho ITS	1.339	11,9+	1.227	12,4+	4.325	16,4	4.830	19,9
Condón protege	1.331	64,0	1.222	71,6	4.306	69,3	4.800	76,8
No hay transmisión por picadura de mosquito	1.336	48,0	1.230	52,0	4.295	41,9	4.802	58,1
Transmisión por agujas	1.337	71,9	1.230	78,3	4.299	77,3	4.812	81,2
Abstinencia protege	1.322	43,0+	1.213	44,3+	4.251	43,1	4.768	46,4
Transmisión madre hijo	1.322	81,2+	1.228	82,7+	4.265	84,4	4.780	87,0

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON ACTITUDES DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Al valorar los conocimientos que se podrían relacionar con estigma y discriminación se encontró un incremento entre 6,4% (una persona que se ve sana puede tener VIH) y 7,4% (no transmisión del VIH por compartir el mismo plato). Algunas prácticas discriminatorias disminuyeron entre 2,0% (no invitaría a comer una persona con VIH) y 2,5% (un profesor que vive con VIH no debería seguir trabajando). Tabla 9

TABLA 9. CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON ACTITUDES DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

CATEGORÍA	INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%
El VIH no se transmite por compartir del mismo plato	6.115	50,0	6.121	57,4
El VIH se transmite por compartir del mismo plato	6.115	29,4	6.121	26,5
Desconoce si el VIH se transmite por compartir del mismo plato	6.115	20,6	6.121	16,2

TABLA 9. CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON ACTITUDES DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

CATEGORÍA	INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%
Una persona sana no puede tener VIH	6.176	9,1	6.152	7,4
Desconoce si una persona sana pueda tener VIH	6.176	17,9	6.152	13,2
No invitaría a comer a una persona con VIH	6.147	45,3	6.114	42,8
Un profesor con VIH no debería seguir trabajando	6.127	46,3	6.089	44,3

Los niveles de conocimiento inicial y final de los indicadores trazadores de estigma y discriminación fueron levemente mayores en las mujeres. Además, las actitudes no discriminadoras fueron mayores en las mujeres, por ejemplo, el 59,7% de las mujeres invitaría a comer a su casa a una persona viviendo con VIH comparado con el 54,6% de los hombres. Tabla 10

TABLA 10. CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON ACTITUDES DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN POR SEXO

CONOCIMIENTOS SOBRE TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN ITS	HOMBRES				MUJERES			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No hay transmisión por compartir alimentos	2.943	49,5	2.882	56,3	3.041	51,2	3.192	58,6
Persona sana puede tener VIH	2.970	74,0	2.901	79,1	3.073	72,7	3.204	79,7
Invitarías a comer en tu casa a PVVS	2.956	50,9	2.884	54,6	3.060	59,3+	3.184	59,7+
PVVS debería continuar dictando clase	2.952	51,4	2.864	56,3	3.043	56,6	3.180	59,4

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$



Los niveles de inicio para los menores de 18 años sobre estos conocimientos trazadores fueron menores sin alcanzar la igualdad con los mayores de edad. El nivel de actitud no discriminatoria fue mayor (y su incremento fue más) en los mayores de edad. Tabla 11

TABLA 11. CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON ACTITUDES DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN POR GRUPO DE EDAD								
CONOCIMIENTOS SOBRE TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN ITS	14 A 17 AÑOS				18 A 24 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No hay transmisión por compartir alimentos	4.984	47,7	5.140	54,8	872	65,8	841	74,9
Persona sana puede tener VIH	5.032	72,1	5.171	78,5	883	81,2	843	86,1
Invitarías a comer en tu casa a PVVS	5.012	52,9	5.136	55,0	876	69,5	839	72,7
PVVS debería continuar dictando clase	4.989	51,4	5.117	55,0	880	69,0	836	76,0

No hay diferencias grandes en la línea de base y en la evaluación final entre quienes estudian o quienes trabajan. Tabla 12

TABLA 12. CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON ACTITUDES DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN QUIENES ESTUDIAN O TRABAJAN								
CONOCIMIENTOS SOBRE TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN ITS	ESTUDIA				TRABAJA			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No hay transmisión por compartir alimentos	5.415	49,2	5.621	56,7	1.865	50,2	1.705	57,5
Persona sana puede tener VIH	5.464	72,9	5.652	79,6	1.884	76,4	1.712	81,1
Invitarías a comer en tu casa a PVVS	5.441	53,6	5.620	56,7	1.870	56,3+	1.705	58,4+
PVVS debería continuar dictando clase	5.418	52,6	5.595	57,4	1.861	53,6	1.700	59,6

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

El nivel de conocimientos inicial y final en los indicadores de estigma y discriminación fue menor en quienes se han movilizado en los últimos 5 años. Tabla 13

TABLA 13. CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON ACTITUDES DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN POR TIEMPO DE MOVILIDAD

CONOCIMIENTOS SOBRE TRANSMISIÓN Y PREVENCIÓN ITS	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No hay transmisión por compartir alimentos	1.326	48,0+	1.223	51,3+	4.260	56,0	4.780	62,6
Persona sana puede tener VIH	1.335	73,0+	1.228	75,7+	4.296	78,2	4.802	82,8
Invitarías a comer en tu casa a PVVS	1.328	52,0+	1.225	50,2+	4.283	60,4+	4.769	62,5+
PVVS debería continuar dictando clase	1.315	50,4+	1.214	51,9+	4.268	58,9	4.760	62,5

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE ITS

Al indagar por síntomas de infecciones de transmisión sexual (ITS) se encontró un nivel inicial de conocimiento de cada síntoma cercano al 50%, con un aumento entre 9,8% (disuria) y 12,8% (flujo vaginal). Tabla 14

TABLA 9. CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON ACTITUDES DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

CATEGORÍA	INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%
Disuria	4.944	48,3	5.255	58,1
Desconoce la disuria	4.944	38,6	5.255	30,8
Flujo vaginal	4.532	50,4	5.074	63,2
Desconoce flujo vaginal	4.532	38,6	5.074	28,1
Secreción genital	4.621	52,7	5.132	63,9
Desconoce secreción genital	4.621	38,0	5.132	27,8
Úlcera genital	4.767	50,8	5.255	62,0
Desconoce úlcera genital	4.767	40,3	5.255	30,5

Fue mayor el incremento en los conocimientos de síntomas (síndromes) de ITS en las mujeres principalmente en aquellos que no tienen diferencia de presentación por género. Entre tanto, el conocimiento del flujo vaginal como síntoma de ITS aumentó más su reconocimiento entre los hombres. Tabla 15

TABLA 15. CONOCIMIENTO SOBRE SÍNTOMAS DE ITS POR SEXO

SÍNTOMAS IDENTIFICADOS DE ITS	HOMBRES				MUJERES			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Disuria	2.427	49,2	2.515	59,7	2.352	42,7	2.729	57,3
Flujo vaginal	2.183	47,4	2.361	61,0	2.352	53,9	2.729	65,2
Secreción genital	2.331	54,7	2.466	64,2	2.352	51,3	2.729	63,7
Ulceras genitales	2.329	50,1	2.494	60,4	2.352	52,3	2.729	63,5

Los mayores de edad mejoraron su nivel de conocimientos de los síntomas identificados de ITS más que los jóvenes, iniciando de un más alto nivel de base, en especial para la secreción genital. Tabla 16

TABLA 16. CONOCIMIENTO SOBRE SÍNTOMAS DE ITS POR GRUPO DE EDAD

SÍNTOMAS IDENTIFICADOS DE ITS	ESTUDIA				TRABAJA			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Disuria	4.379	48,0	4.810	57,3	1.505	53,4	1.443	61,1
Flujo vaginal	3.993	50,0	4.633	62,2	1.366	54,5	1.371	67,0
Secreción genital	4.078	52,2	4.687	62,9	1.433	57,0	1.421	66,4
Ulceras genitales	4.216	50,4	4.810	61,7	1.452	53,3	1.431	66,0

El nivel de conocimientos sobre síntomas de ITS fue menor en los migrantes recientes, con incrementos menores en este grupo comparado con quienes tienen un lugar de residencia hace más de 5 años. Tabla 18

TABLA 18. CONOCIMIENTO SOBRE SÍNTOMAS DE ITS POR TIEMPO DE MOVILIDAD

SÍNTOMAS IDENTIFICADOS DE ITS	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Disuria	1.051	47,8	1.015	53,8	3.492	53,2	4.152	61,6
Flujo vaginal	957	53,0	969	59,2	3.492	55,5	4.152	66,6
Secreción genital	952	54,2+	955	57,7+	3.492	57,8	4.152	68,1
Ulceras genitales	982	51,8	1.009	57,0	3.492	57,5	4.152	67,1

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$



CONOCIMIENTOS SOBRE USO DEL PRESERVATIVO

Hay un aumento de los conocimientos entre 4,8% (el condón se pone antes de la penetración) y 17,2% (el condón tiene fecha de vencimiento). El nivel inicial de conocimientos sobre el condón se pone antes de la penetración y sobre el condón no se puede usar varias veces, fue de 84,4% y 94,1%, respectivamente. Tabla 19

TABLA 19. CONOCIMIENTOS SOBRE USO DEL PRESERVATIVO				
CATEGORÍA	INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%
El condón se pone antes de la penetración	6.095	84,4	6.082	89,2
Desconoce si el condón se pone antes de la penetración	6.095	11,4	6.082	6,9
El condón debe retirarse antes que el pene se ponga blando	6.073	40,7	6.065	55,8
Desconoce si el condón se retira antes que el pene se ponga blando	6.073	48,2	6.065	35,0
El condón tiene fecha de vencimiento	6.139	62,8	6.119	80,0
Desconoce si el condón tiene fecha de vencimiento	6.139	30,2	6.119	15,5
El condón no se puede usar varias veces	6.090	94,1	6.090	95,8
Desconoce si el condón no se puede usar varias veces	6.090	4,2	6.090	2,8

El nivel de conocimientos sobre el uso del preservativo base de las mujeres fue mucho menor que el de los hombres. Con la intervención aumentó este nivel en las mujeres, en mayor proporción que en los hombres, alcanzado valores iguales para los condones expiran y el condón no es reutilizable. Tabla 20

TABLA 20. CONOCIMIENTOS SOBRE USO DEL PRESERVATIVO POR SEXO

CONOCIMIENTOS SOBRE USO DEL PRESERVATIVO	HOMBRES				MUJERES			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Poner condón antes de la penetración	2.930	89,0	2.851	92,5	3.033	47,1	3.184	52,9
Retirar condón antes de la flaccidez	2.911	49,4	2.851	62,5	3.031	32,6	3.167	50,0
Condomes expiran	2.955	67,3	2.882	80,5	3.052	58,7	3.189	79,6
Condón reutilizable	2.936	1,7+	2.872	1,4+	3.022	1,7+	3.169	1,4+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Contrario a lo encontrado para los conocimientos sobre prevención y transmisión, fue mayor el crecimiento en los conocimientos sobre el uso del preservativo en los más jóvenes, aunque fue mayor el nivel final de los adultos. Tabla 21

TABLA 21. CONOCIMIENTOS SOBRE USO DEL PRESERVATIVO POR GRUPO DE EDAD

CONOCIMIENTOS SOBRE USO DEL PRESERVATIVO	14 A 17 AÑOS				18 A 24 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Poner condón antes de la penetración	4.958	47,7	5.108	52,3	879	51,4+	836	48,6+
Retirar condón antes de la flaccidez	4.945	36,6	5.095	52,6	873	64,5	832	76,4
Condomes expiran	5.000	60,2	5.143	78,3	883	77,6	838	89,9
Condón reutilizable	4.958	1,5+	5.120	1,3+	877	2,4+	834	2,3+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Los conocimientos obtenidos sobre el uso del preservativo en la línea de base fueron mayores en aquellos que trabajan y se mantuvieron así en la evaluación final, con incrementos similares a lo encontrado en quienes estudian. Tabla 22



TABLA 22. CONOCIMIENTOS SOBRE USO DEL PRESERVATIVO EN QUIENES ESTUDIAN O TRABAJAN

CONOCIMIENTOS SOBRE USO DEL PRESERVATIVO	ESTUDIA				TRABAJA			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Poner condón antes de la penetración	5.389	83,4	5.587	89,2	1.861	87,0	1.695	91,1
Retirar condón antes de la flaccidez	5.371	38,5	5.575	54,8	1.853	50,4	1.694	62,8
Condomes expiran	5.429	61,5	5.623	79,9	1.878	68,0	1.704	83,0
Condón reutilizable	5.380	1,6+	5.596	1,3+	1.869	2,1+	1.692	1,3+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Los conocimientos sobre el uso del preservativo fueron menores en quienes tuvieron un cambio de residencia en los últimos 5 años y el incremento de estos fue menor que en el grupo de más de 5 años. Tabla 23

TABLA 23. CONOCIMIENTOS SOBRE USO DEL PRESERVATIVO POR TIEMPO DE MOVILIDAD

CONOCIMIENTOS SOBRE USO DEL PRESERVATIVO	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Poner condón antes de la penetración	1.315	51,3+	1.210	48,7+	4.247	88,6	4.746	91,9
Retirar Condón antes de la flaccidez	1.310	42,1	1.208	51,5	4.233	45,1	4.737	59,9
Condomes expiran	1.324	62,0	1.216	75,8	4.274	67,9	4.787	84,1
Condón reutilizable	1.313	2,1+	1.208	1,6+	4.255	1,4+	4.769	1,2+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE ITS

La principal fuente de información al inicio y al final fue el colegio o la escuela, con un aumento de 60,7 a 69,6%. Le siguen en orden: los servicios de salud, la radio o la televisión, los padres, los amigos o las amigas y otros. Tabla 24



TABLA 24. FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE ITS

FUENTE DE INFORMACIÓN	INICIAL	FINAL
Colegio o escuela	60,7	69,6
Servicios de salud	50,6	59,1
Radio o televisión	48,4	53,2
Padres	47,0	51,3
Amigos o amigas	31,8	41,7
Otro	6,0	9,3
Proyecto	0,5	5,3
Lectura	1,5	0,8
Total	6.100	6.092

No se encontraron diferencias por sexo en el medio de información. Por grupos de edad, las fuentes principales para los menores de 18 años fueron el colegio (70,8%), los servicios de salud (57,9%) y los padres (52,7%), mientras que en los adultos fueron los servicios de salud (67,7%), el colegio (62,1%) y la radio y la televisión (59,7%).
Tabla 25

TABLA 25. FUENTES DE INFORMACIÓN POR GRUPO DE EDAD

FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE ITS	14 A 17 AÑOS				18 A 24 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Colegio o escuela	4.972	62,6	5.117	70,8	873	52,6	836	62,1
Padres	4.972	49,8	5.117	52,7	873	33,4	836	42,6
Servicios salud	4.972	49,5	5.117	57,9	873	57,6	836	67,7
Radio o TV	4.972	47,6	5.117	52,2	873	56,1+	836	59,7+
Amigos	4.972	31,1	5.117	40,7	873	37,5	836	48,9
Otros	4.972	5,5	5.117	8,8	873	9,7	836	13,4

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

La fuente de información principal de quienes estudian fue el colegio seguida por los servicios de salud y los padres. La fuente de quienes trabajan son los mismos más el radio y la televisión. Entre quienes estudian aumentó más la fuente de los amigos para la provisión de información. Tabla 26

TABLA 26. FUENTES DE INFORMACIÓN EN QUIENES ESTUDIAN O TRABAJAN

FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE ITS	ESTUDIA				TRABAJA			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Colegio o escuela	5.396	62,7	5.599	72,1	1.855	56,1	1.693	63,4
Servicios salud	5.396	50,2	5.599	59,2	1.855	52,8	1.693	60,6
Padres	5.396	48,7	5.599	52,8	1.855	39,5	1.693	45,7
Radio o TV	5.396	48,0	5.599	53,2	1.855	49,8+	1.693	52,1+
Amigos	5.396	30,9	5.599	40,9	1.855	36,3	1.693	40,9
Otros	5.396	6,0	5.599	9,0	1.855	6,8	1.693	9,9

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Las fuentes de información no presentan diferencias entre los grupos por movilidad, pero la cobertura fue mayor en quienes llevan más de 5 años. Tabla 27

TABLA 27. FUENTES DE INFORMACIÓN POR TIEMPO DE MOVILIDAD

FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE ITS	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Colegio o escuela	1.310	54,8	1.210	63,2	4.260	65,9	4.766	72,4
Servicios salud	1.310	50,2	1.210	56,9	4.260	53,7	4.766	61,8
Radio o TV	1.310	47,5+	1.210	49,2+	4.260	50,4	4.766	55,5
Padres	1.310	43,2	1.210	47,9	4.260	49,9	4.766	54,0
Amigos	1.310	31,4	1.210	36,2	4.260	33,8	4.766	43,5
Otros	1.310	5,2	1.210	8,5	4.260	7,0	4.766	10,8

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

PRÁCTICAS SEXUALES

ANTECEDENTE DE RELACIONES SEXUALES

Entre 44,8 y 46,1% de los encuestados han tenido relaciones sexuales penetrativas, y la mitad de ellos y ellas antes de los 15 años. El 10,1-10,3% manifestó tener al menos una relación sexual con personas de su mismo sexo. Tabla 28

TABLA 28. ANTECEDENTES DE RELACIONES SEXUALES

CATEGORÍA	INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%
Antecedente de relaciones sexuales	6.148	46,1+	6.116	44,8+
Edad inicio menor de 15 años*	2.724	59,8	2.683	56,4
Edad inicio menor de 15 años**	6.148	26,5	6.116	24,7
Edad inicio <18 años*	2.724	94,8	2.683	96,3
Edad inicio <18 años**	6.148	42,0	6.116	45,6
Ha tenido relaciones en los últimos 12 meses*	2.771	79,0	2.713	81,2
Ha tenido relaciones en los últimos 12 meses**	6.148	35,6+	6.116	36,0+
Más de 2 parejas en los últimos 12 meses*	2.771	19,0+	2.713	19,4+
Antecedente relaciones con personas del mismo sexo	2.711	10,1+	2.634	10,3+
* El denominador contiene a quienes han tenido relaciones sexuales				
** El denominador contiene a todos los encuestados				
+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p>0,05$				

El 57,9-58,7% de los hombres han tenido relaciones sexuales penetrativas, comparado con el 32,6-35,1% de las mujeres. De estos, el 67-71% de los hombres y el 34,5% de las mujeres iniciaron su vida sexual antes de los 15 años. Los hombres tiene 2 veces la posibilidad de tener más de dos parejas en el último año que las mujeres. El 11% de los hombres y el 9-10% de las mujeres refirieron tener relaciones sexuales con parejas de su mismo sexo. Tabla 29

TABLA 29. ANTECEDENTES DE RELACIONES SEXUALES POR SEXO

PRÁCTICAS	HOMBRES				MUJERES			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Antecedente de relaciones sexuales	2.955	57,9+	2.875	58,7+	3.060	35,1	3.192	32,6
RS antes de los 15 años	1.645	71,0	1.646	67,1	1.039	34,6+	1.024	34,5+
RS antes de los 15 años (total)	2.955	39,5+	2.875	38,4+	3.060	11,7+	3.192	11,1+
RS antes de los 18 años	1.645	97,6+	1.646	97,8+	1.039	82,8+	1.024	85,9+
RS antes de los 18 años (total)	2.955	54,3+	2.875	56,0+	3.060	28,1+	3.192	27,6+

TABLA 29. ANTECEDENTES DE RELACIONES SEXUALES POR SEXO

PRÁCTICAS	HOMBRES				MUJERES			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Más de 2 parejas en el último año	1.677	24,7+	1.668	24,8+	1.049	10,3+	1.032	10,8+
RS con personas de su mismo sexo	1.635	10,8+	1.625	10,9+	1.033	8,9+	1.000	9,9+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

El antecedente de relaciones sexuales penetrativas, las relaciones sexuales con personas de su mismo sexo y tener más de dos parejas sexuales durante el último año fue mayor en los adultos, doblando las frecuencias de los más jóvenes. Tabla 30

TABLA 30. ANTECEDENTES DE RELACIONES SEXUALES POR GRUPO DE EDAD

PRÁCTICAS	14 A 17 AÑOS				18 A 24 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Antecedente de relaciones sexuales	5.004	39,1+	5.137	39,1+	884	86,1	840	80,8
RS con personas de su mismo sexo	1.872	9,2+	1.943	9,5+	730	12,8+	646	13,8+
Más de 2 parejas en el último año	1.917	15,5+	1.992	17,1+	745	28,5+	672	25,7+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Un tercio de quienes trabajan han tenido relaciones sexuales antes los 15 años y la diferencia con quienes estudian es de 20%. Aquellos que trabajan tienen más de dos parejas en el último año, un 8% más que quienes estudian. Tabla 31



TABLA 31. ANTECEDENTES DE RELACIONES SEXUALES EN QUIENES ESTUDIAN O TRABAJAN

PRÁCTICAS	ESTUDIA				TRABAJA			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Antecedente de relaciones sexuales	5.436	41,7+	5.617	42,7+	1.875	61,2+	1.696	60,6+
RS antes de los 15	2.183	63,1	2.345	57,8	1.094	54,7+	1.008	55,4+
RS antes de los 15 (total)	5.436	25,3+	5.617	24,1+	1.875	31,9+	1.696	32,9+
RS con personas de su mismo sexo	2.168	9,6+	2.308	10,5+	1.105	12,3+	983	11,5+
Más de 2 parejas en el último año	2.220	16,7+	2.375	18,9+	1.119	25,0+	1.018	23,0+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

No se encontraron diferencias en los antecedentes de inicio de las relaciones sexuales penetrativas. Se encontró que 21-23% de las personas que se movilizaron en los últimos 5 años tuvieron más de 2 parejas, comparado con el 19,3% de los que se movilizaron hace más de 5 años. Tabla 32

TABLA 32. ANTECEDENTES DE RELACIONES SEXUALES POR TIEMPO DE MOVILIDAD

PRÁCTICAS	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Antecedente de relaciones sexuales	1.326	48,3+	1.223	44,7+	4.278	49,0+	4.774	47,6+
RS antes de los 15 años	623	61,0+	533	56,5+	2.033	58,5	2.233	55,3
RS antes de los 15 años (total)	1.326	28,7	1.223	24,6	4.278	27,8	4.774	25,9
RS con personas de su mismo sexo	615	9,1+	522	10,5+	2.017	9,4+	2.197	10,2+
Más de 2 parejas en el último año	626	23,3+	541	20,7+	2.060	19,3+	2.252	19,3+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

USO DEL PRESERVATIVO

Fueron evidenciados aumentos significativos en el uso del condón en la primera y en la última relación sexual así como la frecuencia de uso consistente del preservativo. El 87,0-89,8% de quienes usaron o no el preservativo participó en la decisión, siendo menor la participación cuando no lo usaron (83,0-86,2%, comparado con 90,6-92% en quienes lo usaron). Se encontró que en la evaluación inicial, el 18,8% cargaba el condón en el momento de la encuesta, que aumentó a 27,2%, al final (de 29,5 a 39,4% en quienes habían tenido relaciones sexuales). Tabla 33

TABLA 33. ANTECEDENTES SOBRE USO DEL PRESERVATIVO				
CATEGORÍA	INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%
Uso condón primera relación sexual*	2.751	36,2	2.693	42,1
Uso condón última relación sexual*	2.776	48,3	2.720	57,1
Uso condón última relación sexual***	2.185	49,8	2.201	59,0
Uso consistente del condón (siempre)*	2.637	24,7	2.586	32,3
Uso consistente del condón (siempre)***	2.112	26,3	2.126	33,9
Participó en la decisión de uso del condón*	2.542	87,0	2.505	89,8
Carga el condón en el momento*	2.764	29,5	2.675	39,4
Carga el condón en el momento**	5.977	18,8	5.976	27,2
* El denominador contiene a quienes han tenido relaciones sexuales				
** El denominador contiene a todos los encuestados				
*** El denominador contiene a quienes tuvieron RS en el último año				

Las mujeres refirieron mayor uso del preservativo en la primera relación sexual, con una diferencia entre 9 y 10%. El uso en la última relación sexual era menor en la línea de base de las mujeres que se iguala en la evaluación final. El uso consistente (siempre) del condón tuvo el mismo incremento para los dos géneros, pero el nivel final mayor fue en los hombres (33,1%). El nivel de participación en la decisión sobre el uso o no del preservativo es mayor en los hombres. Tabla 34



TABLA 34. ANTECEDENTES SOBRE USO DEL PRESERVATIVO POR SEXO

PRÁCTICAS	HOMBRES				MUJERES			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Condón primera relación sexual	1.660	32,7	1.661	38,6	1.049	41,7	1.020	47,8
Condón última relación sexual	1.678	51,0	1.673	58,0	1.054	44,0	1.034	55,6
Participó en la decisión sobre usar condón	1.532	88,5	1.542	91,5	969	84,8+	951	87,1+
Uso consistente del preservativo	1.599	26,7	1.592	33,1	998	21,4	981	30,8

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

El uso del preservativo durante la primera relación sexual fue mayor en los más jóvenes que iniciaron sus relaciones sexuales penetrativas. El nivel inicial de uso del condón durante la última relación y de uso consistente del condón fue mayor en los más jóvenes, pero se iguala en la medición final. No se encontraron diferencias en la participación en la decisión sobre el uso o no del preservativo. Tabla 35

TABLA 35. ANTECEDENTES SOBRE USO DEL PRESERVATIVO POR GRUPO DE EDAD

PRÁCTICAS	14 A 17 AÑOS				18 A 24 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Condón primera relación sexual	1.894	38,2	1.978	44,2	750	30,7+	667	35,7+
Condón última relación sexual	1.909	50,6	1.996	57,2	754	43,1	676	56,7
Uso consistente del condón	1.804	27,4	1.892	32,7	730	18,2	650	30,2
Participó en la decisión sobre usar condón	1.755	86,9	1.846	89,4	691	87,4	615	90,9

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

No se encontraron diferencias en el uso de preservativo ni en la participación en el uso o no del condón entre estudiantes y trabajadores. Tabla 36

TABLA 36. ANTECEDENTES SOBRE USO DEL PRESERVATIVO EN QUIENES ESTUDIAN O TRABAJAN								
PRÁCTICAS	ESTUDIA				TRABAJA			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Condón primera relación sexual	2.200	38,4	2.379	43,8	1.112	35,6+	1.013	35,5+
Condón última relación sexual	2.217	49,7	2.379	57,8	1.123	50,3	1.024	57,5
Uso consistente del condón	2.110	27,3	2.257	33,6	1.064	23,5	967	32,9
Participó en la decisión sobre usar condón	2.031	87,2	2.203	89,9	1.044	88,0+	945	90,5

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

El uso del condón fue menor en quienes cambiaron de residencia de los últimos 5 años, con un incremento menor y sin lograr los niveles de quienes llavan más de 5 años en la localidad. Tabla 37

TABLA 37. ANTECEDENTES SOBRE USO DEL PRESERVATIVO POR TIEMPO DE MOVILIDAD								
PRÁCTICAS	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Condón primera relación sexual	624	31,7	539	40,4	2.050	37,1	2.242	43,1
Condón última relación sexual	629	47,1	546	54,4	2.062	49,7	2.258	58,8
Uso consistente del condón	590	22,9	503	29,6	1.969	26,7	2.163	34,1
Participó en la decisión sobre usar condón	582	87,0	508	90,9	1.898	87,0	2.101	89,4

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

RELACIÓN ENTRE EDAD DE INICIO Y USO DEL PRESERVATIVO DURANTE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Las personas que iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años, el 31% usó preservativo durante la primera relación sexual; el

44% de quienes iniciaron después de los 15 años, lo usaron en la primera relación sexual. El incremento general, después de la estrategia estuvo entre 5 y 6%. Los hombres, las mujeres y los menores de 18 años, y que iniciaron después de los 15 años, aumentaron más su probabilidad de uso del preservativo durante la primera relación sexual. Los hombres, los mayores de edad y quienes llevan menos de 5 años de residencia en el municipio, y que iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años, aumentaron más su uso durante la primera relación sexual. Tabla 38

TABLA 38. RELACIÓN ENTRE EDAD DE INICIO Y USO DEL PRESERVATIVO DURANTE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

USO PRESERVATIVO PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	RS ANTES DE LOS 15 AÑOS				RS MAYOR DE 15 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	1.618	30,9	1.506	36,3	1.086	44,0	1.154	49,7
Hombres	1.157	27,9	1.097	34,2	474	44,7+	537	47,3+
Mujeres	439	38,7	403	42,2	595	43,2	611	51,7
10 a 17 años	1.298	33,9	1.256	38,2	568	48,2	698	55,6
18 a 24 años	262	16,4	222	26,1	476	38,2+	438	40,0+
Estudian	1.367	32,8	1.348	37,4	799	47,8	980	52,7
Trabajan	608	29,1+	568	32,4+	478	43,5+	431	39,2+
Menos de 5 años de residencia	374	26,5	299	38,1	242	40,1+	228	43,9+
5 o más años de residencia	1.237	32,3+	1.195	35,7+	835	45,3	923	50,9

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

RELACIÓN ENTRE USO DEL PRESERVATIVO DURANTE LA PRIMERA Y LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

Al establecer si quienes usaron condón en la primera relación sexual, lo usaron en la última, se encontraron que quienes tuvieron consistencia fueron los hombres, quienes trabajan y quienes tenían de 10 a 17 años. Para establecer los usuarios nuevos, se tuvo en cuenta a quienes no usaron preservativo en la primera relación pero si en la última, se encontraron mayores usuarios nuevos en los jóvenes adultos de 18 a 24 años y en quienes trabajan. Tabla 39

TABLA 38. RELACIÓN ENTRE USO DEL PRESERVATIVO DURANTE LA PRIMERA Y LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

USO PRESERVATIVO ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL	USO PRESERVATIVO PRIMERA RS				NO USO PRESERVATIVO PRIMERA RS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	992	79,7+	1.132	82,5+	1.732	30,3	1.548	38,4
Hombres	539	86,3+	639	87,9+	1.105	33,9	1.011	39,0
Mujeres	435	71,5+	488	75,2+	604	23,7	530	37,4
10 a 17 años	719	84,3+	875	83,8+	1.154	29,5	1.093	35,8
18 a 24 años	230	66,1	237	76,8	516	32,6	428	45,8
Estudian	839	81,8+	1.031	83,6+	1.336	29,3	1.316	37,5
Trabajan	394	80,2	358	87,2	708	33,9	652	41,0
Menos de 5 años de residencia	198	79,8+	218	80,3+	421	31,4+	320	36,9+
5 o más años de residencia	788	79,7+	905	83,0+	1.299	29,8	1.222	39,0

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

RAZONES DE NO USO DEL PRESERVATIVO DURANTE LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

Aquellos que no usaron el preservativo durante la última relación sexual manifestaron que las principales razones fueron relación inesperada o casual (32,0-33,3%), confianza en la pareja (27,0-28,0%) y la no disponibilidad (21,8-22,5%). Tabla 39

TABLA 39. RAZONES DE NO USO DEL PRESERVATIVO DURANTE LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

RAZÓN NO USO	INICIAL	FINAL
Relación inesperada o casual	32,0+	33,3+
Confianza en la pareja	28,0+	27,0+
No disponible	22,5+	21,8+
No gusta	16,4+	14,3+
Uso de otro método	13,0+	11,5+
Bajo efecto de bebidas alcohólicas	3,1+	4,5+
Otra razón	2,4+	1,0+
Total	1.434	1.167

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Las principales razones para el no uso del preservativo durante la última relación sexual en los hombres fueron relación casual, no disponibles y la confianza en la pareja, mientras en las mujeres, en su orden fueron la confianza en la pareja, la relación casual y que no les gusta. Tabla 40

TABLA 40. RAZONES DE NO USO DEL PRESERVATIVO DURANTE LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL POR SEXO								
RAZONES DE NO USO DEL PRESERVATIVO	HOMBRES				MUJERES			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Relación casual	822	38,7+	703	38,7+	590	22,4+	459	25,1+
No disponibles	822	28,3+	703	26,8+	590	14,6+	459	14,4+
Confianza en la pareja	822	24,3+	703	22,2+	590	33,4+	459	34,2+
No gusta	822	16,1+	703	12,9+	590	16,9+	459	16,3+
Usa otro método anticonceptivo	822	7,5+	703	8,8+	590	20,8	459	15,7
Bajo efecto bebidas alcohólicas	822	3,2+	703	5,0+	590	3,1+	459	3,7+
Otras razones	822	14,0+	703	6,0+	590	3,4	459	1,3

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Así como lo visto en las mujeres, los mayores de 17 años tienen como principal causa para no usar el preservativo: confianza en la pareja, seguido por el uso de otro método anticonceptivo y que no les gusta. Entre tanto, en los menores se encuentra la relación casual, la no disponibilidad y la confianza en la pareja. Tabla 41

TABLA 41. RAZONES DE NO USO DEL PRESERVATIVO DURANTE LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL POR GRUPO DE EDAD								
RAZONES DE NO USO DEL PRESERVATIVO	14 A 17 AÑOS				18 A 24 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Relación casual	943	38,1+	854	37,5+	429	18,2+	293	22,2+
No disponibles	943	24,7+	854	23,9+	429	17,9+	293	15,7+
Confianza en la pareja	943	23,3+	854	24,1+	429	38,7+	293	36,2+
No gusta	943	15,4+	854	14,3+	429	19,6+	293	14,0+
Otro método anticonceptivo	943	9,2+	854	8,9+	429	21,0+	293	18,8+
Bajo efecto bebidas	943	2,5+	854	3,6+	429	4,4+	293	7,2+
Otras razones	943	3,2	854	1,1	429	0,7+	293	1,0+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$



No se encontraron diferencias en las razones de no usar el preservativo, sin embargo hay un peso del uso de otros métodos anticonceptivos en quienes trabajan. Tabla 42

TABLA 42. RAZONES DE NO USO DEL PRESERVATIVO DURANTE LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL EN QUIENES ESTUDIAN O TRABAJAN

RAZONES DE NO USO DEL PRESERVATIVO	ESTUDIA				TRABAJA			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Relación casual	1.115	35,4+	1.005	35,1+	558	27,6+	435	31,5+
Confianza en la pareja	1.115	25,4+	1.005	26,7+	558	31,0+	435	25,5+
No disponibles	1.115	24,2+	1.005	22,7+	558	22,0+	435	21,8+
No gusta	1.115	14,6+	1.005	14,1+	558	17,4+	435	12,4+
Otro método anticonceptivo	1.115	11,8+	1.005	10,7+	558	14,2+	435	13,3+
Bajo efecto bebidas	1.115	3,0+	1.005	4,3+	558	3,4+	435	5,5+
Otras razones	1.115	2,7	1.005	1,2	558	1,4+	435	1,4+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Fueron pocas las diferencias en las razones de no uso del preservativo por grupos de movilidad, excepto en la no disponibilidad que fue una razón para quienes tienen una movilidad mayor de 5 años. Tabla 43

TABLA 43. RAZONES DE NO USO DEL PRESERVATIVO DURANTE LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL POR TIEMPO DE MOVILIDAD

RAZONES DE NO USO DEL PRESERVATIVO	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Relación casual	333	33,0+	249	32,5+	1.037	32,0+	931	33,5+
Confianza en la pareja	333	26,4+	249	27,3+	1.037	28,9+	931	28,9+

TABLA 43. RAZONES DE NO USO DEL PRESERVATIVO DURANTE LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL POR TIEMPO DE MOVILIDAD

RAZONES DE NO USO DEL PRESERVATIVO	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No disponibles	333	20,4+	249	18,1+	1.037	24,3+	931	21,9+
No gusta	333	15,6+	249	11,6+	1.037	15,4+	931	13,9+
Otro método anticonceptivo	333	13,5+	249	13,7+	1.037	14,2+	931	12,5+
Bajo efecto de bebidas alcohólicas	333	3,3+	249	4,8+	1.037	2,8+	931	3,7+
Otras razones	333	1,2+	249	0,4+	1.037	2,4+	931	1,0+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

ACCESO AL PRESERVATIVO

Al preguntar por la institución que les proveyó el último preservativo se encontró que los servicios de salud y los amigos eran los principales proveedores al inicio, situación que cambió al final cuando los principales proveedores fueron los talleres, los servicios de salud y las tiendas o supermercados. Se evidenció una disminución en nunca acceder al condón de 52,3% a 40,4%. Tabla 44

TABLA 44. SITIOS PARA ACCEDER AL PRESERVATIVO

SITIO DE ACCESO AL CONDÓN	INICIAL	FINAL
Nunca	52,3	40,4
Amigo	8,8	7,4
Colegio	2,5	6,2
Farmacia	5,0+	5,4+
Servicio salud	20,0	11,2
Taller educativo	4,5	12,2
Tienda o supermercado	2,3	10,7
Otro	3,7+	3,7+
Total	5.263	5.013

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Los hombres aumentaron de 29,8% a 38,5% la práctica de cargar el condón mientras en las mujeres el incremento fue de 8,2% a 17,2%.

La proporción de mujeres que nunca han accedido al preservativo disminuyó de 68,3 a 53,8%, y de 36,5% a 26,4% en los hombres. Los principales mecanismos para acceder son los servicios de salud y los amigos. Tabla 45

TABLA 45. SITIOS PARA ACCEDER AL PRESERVATIVO POR SEXO								
ACCESO A CONDÓN	HOMBRES				MUJERES			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Carga condón en el momento	2.897	29,8	2.810	38,5	2.954	8,2	3.120	17,2
Nunca	2.656	36,5	2.458	26,4	2.495	68,3	2.523	53,8
Amigo	2.656	12,5	2.458	10,3	2.495	5,1+	2.523	4,7+
Colegio	2.656	3,3	2.458	6,1	2.495	1,7	2.523	6,2
Farmacia	2.656	6,7+	2.458	7,2+	2.495	3,4+	2.523	3,6+
Servicio salud	2.656	26,8	2.458	15,8	2.495	13,1	2.523	6,6
Taller educativo	2.656	5,6	2.458	16,1	2.495	3,5	2.523	8,5
Tienda o supermercado	2.656	2,3	2.458	9,8	2.495	2,2	2.523	11,5
Otro	2.656	5,4	2.458	5,2	2.495	2,0	2.523	2,3

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Los adultos reportaron cargar el condón, de 27,0% en la línea de base a 44,7% en la evaluación final, incremento mayor que el de los jóvenes, que aumentaron de 17,4% a 24,4%. El contacto con el preservativo aumentó más en los jóvenes, aunque el 44,3% de ellos nunca ha tenido contacto. Los servicios de salud y los amigos continúan siendo la principal fuente de provisión pero los talleres educativos se constituyeron en una alternativa. Tabla 46

TABLA 46. SITIOS PARA ACCEDER AL PRESERVATIVO POR GRUPO DE EDAD								
ACCESO A CONDÓN	14 A 17 AÑOS				18 A 24 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Carga condón en el momento	4.864	17,4	5.019	24,4	866	27,0	824	44,7
Nunca	4.287	57,3	4.202	44,3	773	23,2	699	14,9
Servicio salud	4.287	17,6	4.202	10,6	773	34,0	699	15,5
Amigo	4.287	7,8+	4.202	7,7+	773	14,5	699	6,2
Farmacia	4.287	4,9+	4.202	5,0+	773	5,8+	699	7,3+

TABLA 46. SITIOS PARA ACCEDER AL PRESERVATIVO POR GRUPO DE EDAD

ACCESO A CONDÓN	14 A 17 AÑOS				18 A 24 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Taller educativo	4.287	4,0	4.202	11,0	773	7,9	699	19,9
Colegio	4.287	2,4	4.202	6,4	773	3,2+	699	4,9+
Tienda o supermercado	4.287	2,0	4.202	9,7	773	4,0	699	17,5
Otro	4.287	3,3+	4.202	3,2+	773	5,8+	699	7,0+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Los trabajadores cargaban más el condón al inicio (24,1%) y al final (35,5%) que los estudiantes (18,2 y 26,4%, respectivamente); sin embargo la disminución de nunca tener contacto con el condón fue mayor en los estudiantes. El taller educativo se tuvo como un escenario de acceso a los condones en los dos grupos. Para los trabajadores y los estudiantes, las tiendas fueron un escenario nuevo para el acceso al preservativo, como se reportó en la encuesta final. Tabla 47

TABLA 47. SITIOS PARA ACCEDER AL PRESERVATIVO EN QUIENES ESTUDIAN O TRABAJAN

ACCESO A CONDÓN	ESTUDIA				TRABAJA			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Carga condón en el momento	5.277	18,2	5.486	26,4	1.832	24,1	1.657	35,5
Nunca	4.639	55,0	4.628	42,0	1.637	38,5	1.448	30,1
Servicio salud	4.639	18,4	4.628	11,1	1.637	26,4	1.448	13,9
Amigo	4.639	8,0+	4.628	7,3+	1.637	11,1	1.448	8,6
Farmacia	4.639	5,2+	4.628	5,4+	1.637	6,1+	1.448	6,9+
Taller educativo	4.639	4,4	4.628	12,0	1.637	6,2	1.448	15,4
Colegio	4.639	2,5	4.628	6,5	1.637	2,7	1.448	5,4
Tienda o supermercado	4.639	2,3	4.628	10,0	1.637	2,9	1.448	11,0
Otro	4.639	3,5+	4.628	3,4+	1.637	5,1+	1.448	5,2+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$



Aquellos que residen durante los últimos 5 años en el municipio, cargan menos el condón (17,1%, en la inicial y 26,9%, en la final) que quienes llevan más tiempo (21,2% y 30,0%, respectivamente). La proporción que nunca ha tenido un condón disminuyó más en los recién movilizados que en el resto de la población. Para los dos grupos, la tienda o supermercado fueron percibidos como sitios donde acceder a preservativos, durante la evaluación final. Tabla 48

TABLA 48. SITIOS PARA ACCEDER AL PRESERVATIVO POR TIEMPO DE MOVILIDAD

ACCESO A CONDÓN	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Carga Condón en el momento	1.288	17,1	1.190	26,9	4.176	21,2	4.687	30,0
Nunca	1165	55,2	1.018	41,9	3.696	48,1	4.007	36,5
Servicio salud	1165	18,0	1.018	11,1	3.696	21,9	4.007	11,8
Amigo	1165	10,0+	1.018	8,1+	3.696	9,4	4.007	7,3
Taller educativo	1165	5,6	1.018	13,5	3.696	4,9	4.007	13,1
Farmacia	1165	4,0+	1.018	5,4+	3.696	5,4+	4.007	5,8+
Colegio	1165	1,7	1.018	6,2	3.696	2,9	4.007	6,6
Tienda o supermercado	1165	1,6	1.018	8,4	3.696	2,5	4.007	11,8
Otro	1165	3,3+	1.018	3,3+	3.696	4,0+	4.007	3,9+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

RELACIÓN ENTRE CARGAR EL PRESERVATIVO Y USO DURANTE LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

El 63% de los y las jóvenes que tenían o cargaban un condón en el momento, en la línea de base, usaron el preservativo durante la última relación sexual; al final de la intervención aumentó a 70%. Entre tanto, quienes no tenían condón en el momento, aumentaron de 42 a 48%, el uso del preservativo durante la última relación sexual. Tabla 49



TABLA 49. RELACIÓN ENTRE ACCESO AL PRESERVATIVO Y USO DURANTE LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL

USO PRESERVATIVO ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL	TIENE CONDÓN EN EL MOMENTO				NO TIENE CONDÓN EN EL MOMENTO			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	806	62,8	1.051	69,6	1.913	42,3	1.606	48,6
Hombres	641	63,0	798	70,3	1.007	43,5+	830	45,4+
Mujeres	153	60,8+	248	66,5+	875	41,1	770	52,2
10 a 17 años	559	65,3+	707	69,0+	1.310	44,5	1.238	50,2
18 a 24 años	217	55,8	325	69,5	522	37,7+	341	44,0+
Estudian	665	64,8	904	69,9	1.505	43,1	1.414	49,6
Trabajan	352	64,5+	452	70,6+	756	43,9+	547	46,3+
Menos de 5 años de residencia	174	61,5+	213	63,4+	443	41,0+	314	48,1+
5 o más años de residencia	625	63,0	831	71,0	1.459	42,7	1.284	48,8

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

OTROS FACTORES DE VULNERABILIDAD

De las personas que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida, entre 7,5 y 8,1% las tuvieron a cambio de dinero o regalos, el 29,5-29,7% bajo efecto de bebidas alcohólicas y entre 6,6 y 7,8% bajo efecto de sustancias psicoactivas(SPA). Tabla 50

TABLA 50. OTROS FACTORES DE VULNERABILIDAD

CATEGORÍA	INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%
Relaciones sexuales a cambio de dinero o regalos	2.790	7,5+	2.721	8,1+
RS bajo efecto de bebidas alcohólicas	2.600	29,5+	2.553	29,7+
RS bajo efecto de sustancias psicoactivas*	2.129	6,6+	1.780	7,8+
RS bajo efecto de SPA**	4.872	2,9+	4.179	3,4+

* El denominador contiene a quienes han tenido relaciones sexuales

** El denominador contiene a todos los encuestados

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$



Cerca del 8,2% de los hombres y las mujeres han recibido regalos o dinero a cambio de relaciones sexuales. El 32% de los hombres han tenido relaciones sexuales bajo efecto de bebidas alcohólicas y el 4,1-4,6% bajo efecto de sustancias psicoactivas, comparado con el 26,1% y 18-2,5% de las mujeres, respectivamente. Tabla 51

TABLA 51. OTROS FACTORES DE VULNERABILIDAD POR SEXO

PRÁCTICAS	HOMBRES				MUJERES			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RS a cambio de dinero	1.687	8,1+	1.674	8,1+	1.057	6,9+	1.034	8,2+
RS bajo efecto de bebidas alcohólicas	1.560	31,7+	1.559	31,9+	999	26,3+	982	26,1+
RS bajo efecto de SPA	2.293	4,1+	1.910	4,6+	2.463	1,8+	2.242	2,5+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Los mayores tienen una frecuencia, el doble de las frecuencias encontradas en los menores de 18 años. La mitad de los adultos han tenido relaciones sexuales bajo efecto de bebidas alcohólicas y el 13% han tenido relaciones sexuales a cambio de dinero o regalos. El 7,4-10,8% de los adultos han tenido relaciones sexuales bajo efecto de psicoactivos. Tabla 52

TABLA 52. OTROS FACTORES DE VULNERABILIDAD POR GRUPO DE EDAD

PRÁCTICAS	14 A 17 AÑOS				18 A 24 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RS a cambio de dinero	1.926	5,8+	1.996	6,5+	751	13,0+	676	12,9+
RS bajo efecto de bebidas alcohólicas	1.784	20,5	1.859	23,7	714	53,6	651	46,4
RS bajo efecto de SPA	4.025	1,8	3.524	2,7	636	10,8	557	7,4

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Las personas que trabajan han tenido más relaciones sexuales a cambio de dinero y más relaciones bajo efecto de bebidas alcohólicas o de sustancias psicoactivas. Tabla 53

TABLA 53. OTROS FACTORES DE VULNERABILIDAD EN QUIENES ESTUDIAN O TRABAJAN

PRÁCTICAS	ESTUDIA				TRABAJA			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RS a cambio de dinero	2.236	6,1+	2.379	7,2+	1.127	10,0+	1.022	9,7+
RS bajo efecto de bebidas alcohólicas	2.074	23,8	2.231	27,2	1.052	37,8+	951	36,3+
RS bajo efecto de SPA	4.313	1,9	3.849	3,0	1.424	5,8+	1.114	5,7+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Las personas con una movilidad menor de 5 años refirieron menor proporción con relaciones sexuales a cambio de dinero. NO se encontraron diferencias entre grupos para las relaciones sexuales bajo efecto de bebidas alcohólicas, ni de sustancias psicoactivas. Tabla 54

TABLA 54. OTROS FACTORES DE VULNERABILIDAD POR TIEMPO DE MOVILIDAD

PRÁCTICAS	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RS a cambio de dinero	632	7,8+	540	5,7+	2.074	7,4+	2.257	8,2+
RS bajo efecto de bebidas alcohólicas	593	29,0+	507	33,1+	1.932	30,2+	2.124	29,8+
RS bajo efecto de SPA	1.075	3,5+	815	3,9+	3.325	3,0+	3.278	3,6+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

OTROS ANTECEDENTES

Al inicio, el 45,3%, y al final, el 49,1%, de quienes tienen relaciones sexuales han usado algún método anticonceptivo, sin diferencias por sexo. Los métodos más frecuentemente utilizados fueron el condón (64,9-76,4%), los anticonceptivos orales (15,9-17,5%) y las inyecciones hormonales (12,2-13,9%). Existe una frecuencia entre 9,5 y 12,1% de coito interrumpido como método regular de anticoncepción. Tabla 55

TABLA 55. USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

MÉTODO ANTICONCEPCIÓN	INICIAL	FINAL
Condón	64,9	76,4
Anticonceptivos orales	15,9+	17,5+
Inyecciones	13,9+	12,2+
Coito interrumpido	12,1	9,5
Ritmo	7,3	5,2
DIU	4,9+	2,9+
Otro	1,8+	0,8+
Total	1.247	1.311

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

El principal método utilizado por los dos sexos fue el preservativo pero se registró un mayor reporte de uso de anticonceptivos orales e inyecciones hormonales por las mujeres, que por los hombres (como aproximación a sus parejas) que respondieron la encuesta. Se encontró un aumento de 16,6% en el uso del preservativo como método anticonceptivo en las mujeres, comparado con el incremento del 6,6% de los hombres. Tabla 56

TABLA 56. USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR SEXO

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	HOMBRES				MUJERES			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Preservativo	700	80,1	789	86,7	524	44,1	516	60,7
Anticonceptivos orales	700	12,0+	789	11,3+	524	21,2	516	26,7
Coito interrumpido	700	11,3+	789	9,3+	524	13,2+	516	9,9+
Inyecciones	700	7,3+	789	6,2+	524	22,9+	516	21,3+
Ritmo	700	6,1	789	3,7	524	9,2+	516	7,6+
DIU	700	3,0+	789	1,5+	524	7,3+	516	5,0+
Otro	700	1,0+	789	0,6+	524	2,9+	516	1,2+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

El método más utilizado por los dos grupos de edad es el preservativo aunque los adultos aumentaron su uso de de 49 a 70,4%. Se encontró mayor uso de métodos naturales en los mayores de 17 años, ritmo y coito interrumpido, sin embargo este último disminuyó al mismo nivel con los más jóvenes. Tabla 57

TABLA 57. USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR GRUPO DE EDAD								
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	14 A 17 AÑOS				18 A 24 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Preservativo	791	72,9	884	79,1	406	49,0	405	70,4
Anticonceptivos orales	791	13,8	884	17,5	406	20,2+	405	16,5+
Inyecciones	791	11,0+	884	10,4+	406	19,2+	405	16,3+
Coito interrumpido	791	10,4+	884	9,5+	406	16,0	405	9,4
Ritmo	791	6,1+	884	4,1+	406	10,1+	405	7,2+
DIU	791	2,7+	884	1,2+	406	8,9+	405	6,2+
Otro	791	1,3+	884	0,6+	406	2,5+	405	1,5+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

El uso de métodos naturales se redujo a la mitad en quienes trabajan, con una disminución mayor que en quienes estudian. Los métodos más utilizados no tienen diferencia entre los dos grupos aunque la línea de base de los estudiantes fue más alto el uso del preservativo como método anticonceptivo. Tabla 58

TABLA 58. USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN QUIENES ESTUDIAN O TRABAJAN								
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	ESTUDIA				TRABAJA			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Condón	962	69,1	1.114	78,4	529	61,6	518	77,2
Anticonceptivo oral	962	15,3+	1.114	17,2+	529	15,9+	518	15,1+
Inyecciones	962	13,3+	1.114	11,3+	529	14,7	518	10,2
Coito interrumpido	962	10,5+	1.114	10,1+	529	13,4	518	7,5
Ritmo	962	6,8+	1.114	4,8+	529	9,1	518	4,2
DIU	962	3,3+	1.114	2,2+	529	5,1+	518	4,8+
Otro	962	1,4+	1.114	0,7+	529	2,6+	518	1,9+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

El incremento más importante se dio para el preservativo en quienes tienen un tiempo de residencia menor de 5 años en el municipio así como la disminución más importante que se dio fue en el coito interrumpido, en el mismo grupo. Tabla 59



TABLA 59. USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR TIEMPO DE MOVILIDAD

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Condón	289	60,6	257	75,5	990	65,8	1.148	77,0
Inyecciones	289	15,9+	257	11,3+	990	13,7+	1.148	11,8+
Anticonceptivos orales	289	14,9+	257	19,1+	990	16,4+	1.148	17,5+
Coito interrumpido	289	13,8	257	6,6	990	12,6+	1.148	9,9+
Ritmo	289	7,6+	257	4,3+	990	7,3+	1.148	5,5+
DIU	289	4,8+	257	2,3+	990	4,8+	1.148	2,9+
Otro	289	2,4+	257	0,0+	990	1,6+	1.148	0,9+

+ Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

El 9,8-10,3% de quienes han tenido relaciones sexuales manifestaron antecedente de abuso sexual, lo que equivale al 4,1-4,4% del total de encuestados. Estas personas le contaron a alguien sobre el abuso sexual entre 30,6 y 38,7%. El antecedente de secreción genital fue de 4,8-7,0% y de úlcera genital de 2,0-3,0%. Tabla 60

TABLA 60. OTROS ANTECEDENTES: ABUSO SEXUAL E ITS

CATEGORÍA	INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%
Uso de un método de anticoncepción*	2.728	45,3	2.664	49,1
Antecedente de abuso sexual*	2.653	10,3+	2.579	9,8+
Antecedente de abuso sexual**	6.148	4,4+	6.116	4,1+
Le contaron a alguien ante abuso sexual	266	38,7+	248	30,6+
Antecedente de secreción genital	2.630	7,0	2.570	4,8
Antecedente de úlcera genital	2.628	3,0	2.561	2,0

* El denominador contiene a quienes han tenido relaciones sexuales

** El denominador contiene a todos los encuestados

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Las mujeres tienen el riesgo dos veces de ser víctimas de abuso sexual que los hombres. El antecedente de secreción genital estuvo entre 5,2% y 8,5% en las mujeres y entre 4,5% y 5,8% en los hombres, y de úlcera genital, entre 1,8 y 2,7% de los hombres. Tabla 61

TABLA 61. OTROS ANTECEDENTES: ABUSO SEXUAL E ITS POR SEXO

OTROS ANTECEDENTES	HOMBRES				MUJERES			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Utilizar método anticonceptivo	1.638	46,9	1.630	53,1	1.046	49,3+	1.021	50,5+
Abuso sexual	1.590	6,1+	1.572	6,7+	1.020	17,1+	994	14,6+
Abuso sexual (todos)	2.918	3,3+	2.862	3,7+	3.006	5,8+	3.199	4,8+
Secreción genital	1.581	5,8+	1.569	4,5+	1.005	8,5	989	5,2
Úlcera genital	1.577	2,7+	1.563	1,8+	1.007	3,6+	987	2,3+

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Del 3,3 al 3,5% de los menores de 18 años han sido víctimas de abuso sexual, la mitad que los mayores de 17 años. Los jóvenes tienen una antecedente de secreción genital entre 5,0 y 7,6%, superior que el 3,8-5,1% de los adultos. Las úlceras genitales fueron reportadas entre 2,2 a 2,7% de los jóvenes, y en los adultos, de 1,5 a 3,9%. Tabla 62

TABLA 62. OTROS ANTECEDENTES: ABUSO SEXUAL E ITS POR GRUPO DE EDAD

OTROS ANTECEDENTES	14 A 17 AÑOS				18 A 24 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Utilizar método anticonceptivo	1.878	41,7	1.952	45,3	741	54,5	665	60,6
Abuso sexual	1.822	9,3+	1.878	9,7+	722	13,2+	655	9,6+
Abuso sexual (total)	5.060	3,3+	5.190	3,5+	887	10,7+	844	7,5+
Secreción genital	1.804	7,6	1.869	5,0	719	5,1+	656	3,8+
Úlcera genital	1.809	2,7+	1.863	2,2+	711	3,9+	653	1,5+

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Fue mayor la incidencia total reportada de abuso sexual en los trabajadores. No se encontraron diferencias en el antecedente de secreción o úlcera genital. Tabla 63



TABLA 63. OTROS ANTECEDENTES: ABUSO SEXUAL E ITS EN QUIENES ESTUDIAN O TRABAJAN

OTROS ANTECEDENTES	ESTUDIA				TRABAJA			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Utilizar método anticonceptivo	2.181	43,7	2.328	47,9	1.104	47,5	997	51,8
Abuso sexual	2.118	9,4+	2.253	9,8+	1.073	10,5+	964	9,5+
Abuso sexual (total)	5.482	3,6+	5.671	3,9+	1.888	6,0+	1.715	5,3+
Secreción genital	2.100	7,1	2.242	4,8	1.066	6,9+	964	5,6+
Úlcera genital	2.100	2,5+	2.235	2,1+	1.062	3,8+	960	2,3+

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

No se encontraron diferencias en el antecedente de abuso sexual, de uso de métodos anticonceptivos o en el antecedente de ITS en los grupos por movilidad. Tabla 64

TABLA 64. OTROS ANTECEDENTES: ABUSO SEXUAL E ITS POR TIEMPO DE MOVILIDAD

OTROS ANTECEDENTES	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Utilizar método anticonceptivo	618	46,0+	530	48,3+	2.028	48,4	2.220	51,7
Abuso sexual	606	14,2	516	7,9	1.970	10,2+	2.143	9,8+
Abuso sexual (Todos)	1.336	6,4	1.217	3,3	4.293	4,7+	4.809	4,4+
Secreción genital	598	7,2	512	3,7	1.953	6,5	2.135	4,1
Úlcera genital	602	4,0	514	1,0	1.950	2,6+	2.130	1,9+

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

PERCEPCIÓN DE RIESGO

Entre 62,1% y el 67,7% refieren que no tiene posibilidad de infectarse con el VIH. La prevalencia informada de VIH se encontró entre 0,3 y 0,4%. Se evidenció un aumento de 9,9 a 27,8% en el acceso a la prueba de VIH de quienes han tenido relaciones sexuales (5,4 a 17,2% del total). Tabla 65

TABLA 65. PERCEPCIÓN DE RIESGO DE VIH

CATEGORÍA	INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%
Ninguna posibilidad de tener VIH*	2.750	66,0	2.657	62,1
Ninguna posibilidad de tener VIH**	5.897	67,7	5.899	63,9
Ya tiene el VIH	5.897	0,4+	5.899	0,3+
Se ha realizado la prueba de VIH*	2.778	9,9	2.685	27,8
Se ha realizado la prueba de VIH**	6.006	5,4	6.000	17,2

* El denominador contiene a quienes han tenido relaciones sexuales

** El denominador contiene a todos los encuestados

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

La percepción de riesgo de adquirir el VIH fue mayor en las mujeres aunque la prevalencia reportada fue similar. El acceso inicial a la prueba de VIH fue menor en los hombres, pero luego se igualó en la evaluación final, en niveles entre 17 y 17,5%. Tabla 66

TABLA 66. PERCEPCIÓN DE RIESGO DE VIH POR SEXO

PERCEPCIÓN DE RIESGO	HOMBRES				MUJERES			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ningún riesgo VIH	2.861	65,6	2.802	61,9	2.914	69,5	3.054	65,7
Tiene VIH	2.861	0,2+	2.802	0,4+	2.914	0,4+	3.054	0,3+
Prueba de VIH	2.902	4,7	2.819	17,5	2.975	6,0	3.134	17,0

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Los menores de 18 años percibieron menos el riesgo que los mayores. No se encontraron diferencias en las prevalencias reportadas. Los menores incrementaron su acceso a la prueba de VIH de 3,4 a 14% y los mayores de 16,4% a 37,1%. Tabla 67

TABLA 67. PERCEPCIÓN DE RIESGO DE VIH POR GRUPO DE EDAD

PERCEPCIÓN DE RIESGO	14 A 17 AÑOS				18 A 24 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ningún riesgo VIH	4.804	68,9	4.960	64,8	853	59,7+	810	57,4+
Tiene VIH	4.804	0,4+	4.960	0,3+	853	0,2+	810	0,4+
Prueba de VIH	4.887	3,4	5.043	14,0	870	16,4	822	37,1

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Los trabajadores reportaron mayor percepción de riesgo que quienes estudian. La prevalencia de VIH registrada fue mayor en trabajadores así como el acceso inicial y final a la prueba de VIH. Tabla 68

TABLA 68. PERCEPCIÓN DE RIESGO DE VIH EN QUIENES ESTUDIAN O TRABAJAN								
PERCEPCIÓN DE RIESGO	ESTUDIA				TRABAJA			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ningún riesgo VIH	5.205	68,3	5.419	64,7	1.811	62,9	1.643	59,2
Tiene VIH	5.205	0,3+	5.419	0,3+	1.811	0,6+	1.643	0,4+
Prueba de VIH	5.300	3,8	5.511	15,4	1.837	8,5	1.660	24,6

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Se perciben menos en riesgo las personas que se movilizaron en los últimos 5 años, aunque presentan una prevalencia reportada mayor y un menor acceso a prueba de VIH.

TABLA 69. PERCEPCIÓN DE RIESGO DE VIH POR TIEMPO DE MOVILIDAD								
PERCEPCIÓN DE RIESGO	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ningún riesgo VIH	1.275	68,2+	1.172	68,2+	4.128	66,1	4.633	62,4
Tiene VIH	1.275	0,4+	1.172	0,6+	4.128	0,3+	4.633	0,3+
Prueba de VIH	1.293	7,2	1.200	16,8	4.191	5,7	4.699	19,3

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

RELACIÓN DE PERCEPCIÓN DE RIESGO Y PRUEBA DE VIH

Los que se perciben con algún o mucho riesgo para adquirir el VIH aumentaron su acceso a la prueba de VIH de 6 a 16%, similar al incremento entre quienes no se perciben en riesgo que aumentaron de 5 a 18%. Entre los que se perciben en riesgo, aumentaron más su demanda de prueba de VIH fueron los hombres, de 18 a 24 años y los trabajadores. Entre los que no se perciben riesgo, los grupos que más incrementaron fueron estos mismos. Tabla 70

TABLA 70. RELACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN DE RIESGO Y PRUEBA DE VIH

REALIZACIÓN DE PRUEBA DE VIH	SE PERCIBEN EN RIESGO DE VIH				NO SE PERCIBEN EN RIESGO DE VIH			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	1.880	5,8	2.108	16,2	3.995	5,1	3.771	17,8
Hombres	977	5,6	1.057	25,6	1.877	4,2	1.734	18,1
Mujeres	876	6,2	1.040	16,3	2.025	5,8	2.005	17,5
10 a 17 años	1.475	3,4	1.731	11,8	3.310	3,2	3.212	15,2
18 a 24 años	342	16,4	342	38,9	509	16,5	465	35,9
Estudian	1.631	4,5	1.896	14,5	3.556	3,4	3.505	15,9
Trabajan	661	8,5	663	23,2	1.140	8,3	973	25,4
Menos de 5 años de residencia	400	9,0+	366	13,4+	870	6,3	799	18,6
5 o más años de residencia	1.472	5,0	1.738	16,9	3.101	4,7	2.949	17,6

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La prevalencia de consumo alguna vez en la vida fue mayor para marihuana (8,0-8,3%), cocaína (2,8-3,0%) y éxtasis (1,6-1,8%). Tabla 71

TABLA 71. PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

CONSUMO SPA	INICIAL	FINAL
Marihuana	8,0+	8,3+
Cocaína	2,8+	3,0+
Éxtasis	1,6+	1,8+
Bazuco	1,0+	1,4+
Heroína	0,5+	0,6+
Otro	3,3+	3,0+
Total	5.203	5.349

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

El principal consumo de sustancias psicoactivas en los hombres fue de marihuana, doblando el consumo de las mujeres. En los demás psicoactivos no se encontraron diferencias. Tabla 72

TABLA 72. PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS POR SEXO

CONSUMO SPA	HOMBRES				MUJERES			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Marihuana	2.534	11,2+	2.528	10,7+	2.559	4,9+	2.779	6,1+
Cocaína	2.534	3,7+	2.528	4,3+	2.559	2,0+	2.779	1,8+
Éxtasis	2.534	1,7+	2.528	1,9+	2.559	1,6+	2.779	1,8+
Bazuco	2.534	1,3+	2.528	1,9+	2.559	0,7+	2.779	1,0+
Heroína	2.534	0,6+	2.528	0,8+	2.559	0,4+	2.779	0,5+
Otro	2.534	4,1+	2.528	3,7+	2.559	2,7+	2.779	2,4+

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

El consumo de sustancias psicoactivas es mayor en los adultos que en los jóvenes, con patrones del doble de consumo entre los dos grupos. Tabla 73

TABLA 73. PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS POR GRUPO DE EDAD

CONSUMO DE SPA	14 A 17 AÑOS				18 A 24 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Marihuana	4.240	6,7+	4.464	7,2+	755	15,9+	764	13,6+
Cocaína	4.240	2,3+	4.464	2,4+	755	5,7+	764	6,0+
Éxtasis	4.240	1,4+	4.464	1,7+	755	2,6+	764	2,2+
Bazuco	4.240	0,8+	4.464	1,1+	755	1,9+	764	3,0+
Heroína	4.240	0,5+	4.464	0,5+	755	0,4+	764	1,3+
Otro	4.240	3,5+	4.464	3,2+	755	2,1+	764	2,0+

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Se encontró mayor consumo en quienes trabajan que en quienes estudian. Tabla 74



TABLA 74. PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN QUIENES ESTUDIAN O TRABAJAN

CONSUMO DE SPA	ESTUDIA				TRABAJA			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Marihuana	4.595	7,0+	4.883	8,0+	1.614	11,3+	1.468	11,7+
Cocaína	4.595	2,5+	4.883	2,8+	1.614	4,2+	1.468	4,6+
Éxtasis	4.595	1,5+	4.883	1,9+	1.614	1,9+	1.468	2,0+
Bazuco	4.595	0,8+	4.883	1,3+	1.614	1,4+	1.468	2,2+
Heroína	4.595	0,4+	4.883	0,6+	1.614	0,6+	1.468	0,8+
Otro	4.595	3,4+	4.883	3,1+	1.614	4,3+	1.468	3,4+

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$

Quienes llevan más de 5 años en el municipio han tenido más acceso a la marihuana que los recién movilizados. En los restantes psicoactivos no se encontraron diferencias. Tabla 75

TABLA 75. PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS POR TIEMPO DE MOVILIDAD

CONSUMO DE SPA	MOVILIDAD MENOS 5 AÑOS				MOVILIDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS			
	INICIAL		FINAL		INICIAL		FINAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Marihuana	1.154	7,9+	1.097	8,1+	3.625	8,7+	4.184	8,9+
Cocaína	1.154	2,3+	1.097	3,7+	3.625	3,2+	4.184	3,1+
Éxtasis	1.154	1,3+	1.097	1,8+	3.625	1,7+	4.184	2,0+
Bazuco	1.154	1,0+	1.097	1,8+	3.625	1,0+	4.184	1,4+
Heroína	1.154	0,4+	1.097	0,5+	3.625	0,5+	4.184	0,7+
Otro	1.154	2,5+	1.097	2,3+	3.625	3,5+	4.184	3,3+

+Para la prueba de hipótesis de la diferencia $p > 0,05$



DISCUSION

Las características socio-demográficas de las dos encuestas realizadas evidencian la posibilidad de comparación de los resultados y la representatividad en términos de género, edad, estudio y movilidad. El tamaño de la muestra y estas características podrían reflejar la situación de los y las jóvenes, en cuanto a su vulnerabilidad ante el VIH.

Al igual que en la encuesta realizada durante la primera fase (Prieto, 2007), los resultados fueron comparados con los hallazgos de encuestas de cobertura nacional como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2005, la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas - EZM 2005, la Encuesta Nacional sobre Comportamientos Sexuales de Jóvenes y Adolescentes Escolarizados - CUE 2000 y la Encuesta de Sexualidad y VIH de la primera fase del Proyecto del Fondo Mundial en Colombia 2006-2007. Además se realizó comparación con otras investigaciones realizadas con jóvenes, en Bogotá, Cali, Barranquilla, Medellín, Montería y Bucaramanga.

CONOCIMIENTOS SOBRE ITS Y USO DEL PRESERVATIVO

En general, los conocimientos sobre ITS: mecanismos de transmisión, modos de prevención y reconocimiento de signos y síntomas fueron bajos en la línea de base. Con la intervención, se obtuvieron niveles mayores, no tan altos como los observados en la encuesta de la fase uno del Proyecto (Prieto, 2007). Durante la primera fase del Proyecto los contenidos de la estrategia de educación entre pares estuvieron dirigidos a la transmisión de información, en especial sobre VIH y métodos anticonceptivos, mientras en la segunda fase el foco de la estrategia fue desarrollo de competencias (entre ellas, las protectoras).

Para cada variable que evaluaba conocimientos se establecieron tres categorías: conocimiento (concepto adecuado), concepto erróneo (concepto no adecuado) y desconocimiento (No sé). El aumento en el nivel de conocimientos se relacionó, generalmente, con la disminución del número de jóvenes que no sabían cuál era la respuesta al iniciar la estrategia. Mediante las actividades lúdicas que promovía el Proyecto, los jóvenes identificaban muchas veces su nivel de conocimientos, en especial los que se declaraban “ignorantes” al respecto.

Los incrementos en los conocimientos sobre mecanismos de transmisión estuvieron entre 3 y 11%, en especial para el conocimiento que la picadura de mosquito no transmite el VIH. En general, los niveles de base fueron menores para los hombres, los estudiantes, los menores de 18 años y aquellos que cambiaron de residencia en los últimos 5 años, alcanzando al final niveles muy similares para la mayoría de los indicadores.

Los hallazgos en estos niveles de conocimiento indican la necesidad de reforzar los conocimientos sobre los mecanismos mitificados (falsas ideas) de transmisión como la picadura de mosquitos y el compartir del mismo plato, e incluso, aunque han tenido más difusión, sobre la transmisión por objetos como agujas contaminadas o de madre a hijo. Los conocimientos sobre la protección mediante el uso del preservativo y la abstinencia sexual (como alternativa) requieren mayor hincapié para llevarlos a la universalidad.

Al final de la intervención, el 74,5% reconoció al preservativo como método de prevención de las ITS, que es menor a lo alcanzado en la primera fase, donde fue de 90% (Prieto F, 2007), pero más aproximado a los hallazgos de 83,1% en la ENDS (Profamilia 2006) y 82,4% de la CUE (García, 2002). Los niveles finales de conocimiento del mecanismo de transmisión parenteral fueron similares para las dos fases, entre 77 y 79%. El conocimiento general sobre los modos de prevención reflejan los esfuerzos de mantenimientos de los niveles de información no solo del Proyecto, si no de las respuestas municipales y departamentales al respecto.

Las mujeres percibieron que tenían mucho conocimiento sobre ITS, más que los hombres, aunque los niveles de base y finales fueron similares entre sexos. Los conocimientos sobre el uso del preservativo fueron muy bajos para las mujeres, en particular para el poco conocimiento sobre el momento para retirarlo (antes de la flaccidez) y la fecha de expiración en todos los grupos, que mejoraron con la intervención.



Algunos estudios han evidenciado que hay prácticas o eventos en el uso del preservativo que reflejan este desconocimiento o viceversa (Villaseñor-Sierra, 2003), como la ruptura o deslizamiento del preservativo, la forma de almacenarlo, el uso después de la fecha de expiración, etc. (Torres, 2006) Aunque la información sobre el uso del preservativo ha sido núcleo central de la estrategia de información para la prevención del VIH y otras ITS, podría ser necesario desarrollar metodologías para la canalización de preguntas más frecuentes o foros de discusión que permitan mejorar la práctica y disminuir las tasas de fracaso (por falla en el uso) en el uso del preservativo.

El nivel de conocimiento de la transmisión madre a hijo de VIH fue el mayor de los conocimientos indagados en las líneas de base y final, similar al 89,5% encontrado en la ENDS y al 87% de la EZM, ante la universalización de la prueba para las mujeres gestantes y la estrategia de prevención que ha desarrollado el país en los últimos 7 años. Este esfuerzo sostenible de país motivaría a su continuidad y a establecer estrategias similares (en continuidad y universalidad) para el uso del preservativo, para el intercambio de jeringuillas, etc.

En esta encuesta fueron evaluadas, mediante algunos indicadores trazadores, las actitudes hacia las personas viviendo con VIH o Sida (PVVS). En el nivel individual se realizó la aproximación del conocimiento sobre la no transmisión por compartir alimentos del mismo plato y si invitaría a una persona que vive con el VIH a comer a su casa; para estos indicadores se encontró que la mitad tiene el conocimiento adecuado o la actitud esperada.

Al valorar en el nivel social, se tomó en cuenta al indicador si un profesor que vive con VIH no debería seguir trabajando, que se registró en entre 44 y 46%. Para estos indicadores, las mujeres, los mayores de 17 años y quienes han vivido más de 5 años en el municipio mostraron menores niveles de actitudes discriminatorias que los hombres.

Como una aproximación a la determinación de estigma, dada la posibilidad de relacionar el VIH con estados avanzados o terminales de Sida, se utilizó el indicador una persona que se ve sana puede tener VIH. Entre 73 y 79% refiere que estas personas pueden tener el VIH, similar a lo encontrado en la Encuesta de Zonas Marginadas, entre 75 y 78% (Profamilia, 2006).

La implementación del enfoque de desarrollo de capacidades propuesto en la segunda fase del Proyecto, de manera más consistente, evidenció para estos indicadores un aumento significativo de las actitudes esperadas.

Onusida estableció como indicador para monitorear el conocimiento sobre la prevención del VIH de los jóvenes de 15 a 24 años (Onusida, 2007), la identificación correcta de las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que también rechazan las falsas ideas principales acerca de la transmisión del VIH: reducción del riesgo de transmisión de VIH teniendo relaciones sexuales con sólo una pareja no infectada que a su vez no tiene otras parejas; reducción del riesgo de contraer VIH usando preservativo cada vez que tiene relaciones sexuales; puede una persona de aspecto saludable tener VIH; una persona puede contraer el VIH por una picadura de un mosquito y, puede una persona contraer VIH por compartir una comida con alguien que está infectado.

La encuesta utilizada para esta investigación utilizó las cuatro (4) últimas preguntas, alcanzando en la población de 15 a 24 años, una tasa de las 4 respuestas adecuadas de 19,6% al inicio y 33,9% al final; al diferencia por sexo, en la basal fue de 20,3% para hombres y 19,2% para mujeres, y en la final, 33,5% y 34,2%, respectivamente. En el caso del grupo de 15 a 19 años, el incremento fue de 18,6 a 32,4% y en el grupo de 20 a 24 años, de 27,3-51.2%.

La estrategia logró un aumento del reconocimiento de la escuela como medio de información sobre ITS y sexualidad, de 61 a 70% (que podría alcanzar el 75% si se suma la identificación directa del Proyecto), pero es necesario que se realicen esfuerzos directos con los medios de comunicación, que alcanzan hasta un 53% de identificación como fuente de información sobre ITS y sexualidad de los jóvenes, apenas superado por el colegio (lugar donde se centró la estrategia) y el 59% en los servicios de salud.

Algunos autores reconocen como base para diseñar programas en estrategias diferenciadas de acuerdo con las características de las sub-poblaciones (Gayet, 2002) en cuanto a la fuente de información y su compromiso o adherencia. Por ejemplo, si la población tiene reconocimiento de los padres, de la lectura, de los amigos o los servicios, se focalicen intervenciones en estos grupos proveedores. Por ejemplo, en los menores de 18 años, el 50% reconocía a los padres como fuente de información en la línea de base, y trabajar con ellos hubiese permitido un aprendizaje cruzado.

PRÁCTICAS SEXUALES

El 45-46% han tenido relaciones sexuales, de los cuales, un 60% antes de los 15 años, un 80% tuvieron relaciones en los últimos 12 meses y la mitad, más de dos parejas durante el último año. Los menores de 18 años y quienes estudian tienen una menor frecuencia; quienes se movilizaron en los últimos 5 años no presentan diferencias con los que viven hace más de 5 años en el municipio.

Entre 25 y 26% de quienes han tenido relaciones sexuales iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años. Al ajustar por edad de 15 a 24 años, el 26 a 30% inició sus relaciones sexuales penetrativas antes de los 15 años ¹, menor al 37% informado por Onusida (Onusida, 2008). Sin embargo, se encontró que el 44-50% de los hombres y el 14-16% de las mujeres, esta última mayor a lo reportado por la ENDS de 12,8%. Tabla 76

TABLA 76. INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES ANTES DE LOS 15 AÑOS EN JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS POR SEXO

	ONUSIDA	ENDS	PFMC
Total	37,0%		26,4-29,9%
Masculino			43,8-50,0%
Femenino		12,8%	13,7-16,0%

En estudios realizados en el Valle del Cauca (Vásquez 2005), Barranquilla (Navarro 2005), en la ENDS, en la CUE y en la encuesta de primera fase se encontró que entre el 38 y el 41% han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida, menor que el 45% encontrado en esta encuesta.

El 19% ha tenido más de dos parejas en los últimos 12 meses, sin cambios durante la intervención, menor que lo encontrado (33%) en la encuesta de primera fase.

Al ajustar la información para el grupo de 15 a 24 años, para aquellos que han tenido más de una pareja sexual durante el último año del total de encuestados, se encuentra que 20% de los jóvenes de 15 a 19 años y 40-45% de aquellos de 20 a 24 años, han tenido más de una pareja sexual; de quienes, 57-64% y 44-54% usaron el preservativo durante la última relación sexual penetrativa, respectivamente. Tabla 77

¹ De acuerdo con lo recomendado por los Sistemas de Monitoreo y Evaluación de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida - UNGASS



TABLA 77. RELACIONES SEXUALES DE MÁS RIESGO Y USO DEL CONDÓN DURANTE LA ÚLTIMA RELACIÓN

	MÁS DE UN COMPAÑERO SEXUAL		USO DEL CONDÓN ÚLTIMA RELACIÓN*	
	15 A 19	20 A 24	15 A 19	20 A 24
Total	19,6-20,0%	39,5-45,3%	56,9-63,5%	43,9-54,3%
Masculino	29,9-30,6%	52,0-54,9%	61,3-68,0%	50,0-53,9%
Femenino	10,1-10,7%	26,7-36,0%	43,2-52,6%	30,8-55,0%

* Entre quienes han tenido más de un compañero sexual*

En general se evidenció con la estrategia integral, un aumento del uso del preservativo durante la última relación sexual y el uso consistente (siempre) que se reforzó con un aumento en cargar el condón en el momento. El nivel de participación en la decisión sobre el uso del preservativo y cargar el condón fue menor en las mujeres que se reflejó en un menor uso consistente, aunque se evidenciaron mayor niveles de uso en la última relación sexual. Se encontraron menores niveles en los mayores de 17 años y en aquellos que se movilizaron durante los últimos 5 años. No se encontraron diferencias entre quienes estudian y trabajan.

El uso del condón durante la primera relación sexual aumentó de 36,2 a 42,1%, comparado con entre 33,9% y 36,4% de la primera fase, el 25% de la CUE y los niveles entre 54 y 72% de otros estudios. Durante la última relación sexual aumentó de 48% a 57%, mayor al 45-51% de la primera fase, al 43% de la CUE. Las mujeres alcanzaron un nivel de uso de 56%, superior al 34,3% de la CUE y el 44 % de la encuesta de primera fase. Algunos autores han referido que este aumento se puede deber al mayor control de los efectos que pueden tener las relaciones sexuales ante la posibilidad de un embarazo y la mayor frecuencia de parejas casuales o no estables (Urrea 2006 y Vásquez 2005).

En un estudio en jóvenes y adolescentes mexicanos (Torres, 2006), entre los sexualmente activos, 39% usó condón en su primera relación sexual, sin diferencias entre sexos, similar a lo encontrado en este estudio. Sobre el uso de condón durante la última relación sexual, éste fue reportado por 58% de los hombres y 46% de las mujeres; en esta encuesta estuvo en 51,0-58,0% y 44-56%, respectivamente. Las mujeres incrementaron más el uso, que podría reflejar la mayor participación de las mujeres en las actividades de réplica y

mayor apropiación de la práctica protectora, pero al contrastar con los conocimientos sobre uso, aunque se registró aumento mayor que en los hombres, se encuentran niveles generales más bajos para los 4 indicadores planteados, como se registró en el estudio de Torres (2006).

Hay una concordancia entre “retardar” el inicio de las relaciones sexuales (después de los 15 años) y uso del preservativo durante la primera relación sexual, con un nivel entre 44 y 50% de uso entre quienes hincaron después de los 15 años comparado con el 31-36% de quienes usaron antes de los 15 años. Así como lo registró Gayet (2002), iniciar la vida sexual a una mayor edad incrementa el uso del condón durante la primera relación sexual, lo que puede significar que quienes la inician muy jóvenes tienen menor probabilidad de usarlo en su primera relación y un riesgo mayor de contraer una ITS. El trabajo pedagógico en este sentido disminuye la vulnerabilidad ante el VIH.

El uso consistente del preservativo aumentó con la intervención de 25 a 32%, mayor que el 22-26% de la primera fase. El 33% de los hombres que han tenido relaciones sexuales usa siempre el preservativo, mayor al 24% encontrado en Barrancabermeja (García, 2006), 26% en Barranquilla (Navarro, 2005) y 26,4% en jóvenes universitarios mayores de 18 años (Vera, 2004). Además, aumentó el número de usuarios nuevos, que en la primera relación sexual no reportaron uso del preservativo.

Las principales razones de no uso fueron la situación de relación casual o inesperada, la confianza en la pareja y la disponibilidad del preservativo. En las mujeres tuvo una frecuencia más importante como causa que no les gusta; en los mayores de 18 años, la confianza en la pareja y el uso de otro método anticonceptivo, y la no disponibilidad en quienes llevan más de 5 años en el municipio. Las relaciones casuales como causa de no uso fue mayor en los hombres, en los menores de 18 años y en los trabajadores.

Al valorar la participación en la decisión de usar o no preservativo se encontró el mayor papel de los hombres lo cual evidencia la importancia en la participación y el empoderamiento de la población femenina en este tipo de estrategias. Pero aún asumiendo el enfoque de género, el Proyecto no logró igualar el nivel de participación que sería el esperado. El esperado, desde una posición constructivista es la prevención a partir de educación moral, la promoción de la libertad y el poder a las mujeres, el acceso a información sexual (incluyendo violencia) y la formación para el autocontrol (Villaseñor, 2003-b)

En la encuesta de primera fase se encontraron como otras causas de no uso del preservativo: pensaron que era innecesario o por afán, que se complementa con otras investigaciones (Vinaccia, 2007) que encontró la vergüenza a la hora de comprarlos y el miedo a la ruptura, o porque se cree que la pareja está sana (García, 2002).

Se encontró una disminución de no tener contacto con el condón de 52 a 40%. El servicio de salud continúa siendo el principal proveedor de preservativos y los amigos, aunque aumentó el papel de los talleres educativos (y el Proyecto) como proveedor. En algunos grupos se reconoció más a las tiendas y a los supermercados como sitio de acceso, al final del Proyecto.

La ubicación de estos escenarios permitiría establecer cuál es el mejor escenario (o mejores) para la movilización social del condón. Por ejemplo, el aumento del acceso en las tiendas y los supermercados supone una mayor apropiación del condón, por la característica de gasto de bolsillo, como método de prevención y su carácter irremplazable. O el escenario de la escuela para la provisión de preservativo como parte de una estrategia integral de los sectores de salud y educación.

El cargar el condón en el momento se constituyó en un factor asociado con el uso del preservativo durante la última relación sexual, evidencia que refuerza el argumento de mejorar el acceso a los preservativos para la población sexualmente activa. El mayor aumento en el uso de los portadores de condón menores de 18 años demuestra el impacto de estrategias de educación para la sexualidad con mejoramiento del acceso como medida de protección eficaz (hablar del condón como medida de protección sin tener acceso a él, es poco eficaz).

OTROS ANTECEDENTES

El 8% han tenido relaciones sexuales a cambio de dinero o regalos, mayor al 3% reportado durante la primera fase; un tercio bajo efecto de bebidas alcohólicas y entre 7 y 8% bajo efecto de sustancias psicoactivas. Estas situaciones, en su mayoría, fueron más frecuentes entre los hombres, mayores de 17 años y trabajadores, sin diferencias por grupo de movilidad. Como se llamó la atención en la encuesta de primera fase, estos factores de riesgo o vulnerabilidad no han sido suficientemente abordados en las estrategias de salud pública para la contención de la epidemia (Prieto, 2007).

Cerca de la mitad de quienes tienen relaciones sexuales usan algún método anticonceptivo, que aumentó en la evaluación final (49,1%), relacionado con aumento del uso del preservativo con este fin, que es el más frecuente, como se registró en la ENDS (28% en las mujeres de 15 a 19 años y de 58% en las mujeres de 20 a 24 años). Sin embargo, este nivel fue inferior al 68% en Valle del Cauca (Mosquera 2003), pero superior a lo encontrado en la población de 15 a 19 años de la ENDS, 38%. En las dos evaluaciones se observó una disminución del uso de métodos naturales como el ritmo y el coito interrumpido.

El 4% de quienes respondieron la encuesta refirieron antecedentes de abuso sexual, de los cuales el 30% le contó a alguien; la incidencia de abuso en la primera fase estuvo entre 4 y 6%, en Jamundí de 5,3% (Vásquez 2005) y 12% en Cali (Canaval 2006). Este antecedente fue mayor en las mujeres, en los mayores de 17 años, en quienes trabajan y quienes tienen una movilidad mayor de 5 años, como se detectó en la encuesta de primera fase. Esta incidencia debe movilizar a todos los actores para fortalecer las redes de atención y en especial, las estrategias para la prevención.

El antecedente de secreción genital alcanzó 7% y de úlcera genital, el 3%; estos niveles fueron menores al 10% y 4%, respectivamente, que se encontró en la encuesta de primera fase. Se registraron niveles mayores en las mujeres, en los menores de 18 años, en los estudiantes y en quienes llevan menos de 5 años en el municipio, principalmente en la evaluación de línea de base. Las Guías de Atención de eventos prioritarios en salud consideran el abordaje sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual como medio de canalizar para tratamiento y seguimiento a quienes se convierten en poblaciones de mayor riesgo. Además se requiere fortalecer la búsqueda de asintomáticos de algunas ITS que pueden significar el 50% de los casos, como ocurre con la sífilis.

Aunque no fue un objetivo de la encuesta, se encontró que entre el 9 y el 11% de los adolescentes y jóvenes que han tenido relaciones sexuales, alguna vez la han tenido con personas de su mismo sexo, que está en el rango de lo encontrado durante la primera fase (7-9%), pero mayor al 2,1-3,6% en Medellín (Vinnaccia 2007), el 7-8% en Barranquilla (Navarro 2005) y el 7% de la CUE. Esta población se ha constituido como prioritaria para las intervenciones del Plan Nacional de Respuesta a la Epidemia (Ministerio de la Protección Social, 2008) dadas sus características de vulnerabilidad facilitada por la discriminación y el estigma.

PERCEPCIÓN DE RIESGO

Dos tercios se perciben sin riesgo de infectarse con el VIH, sin una disminución importante cuando se ajusta por antecedente de relaciones sexuales, aunque se observó un nivel menor, en 4%, de esta percepción. Se percibieron con mayor riesgo los hombres, los mayores de 17 años, quienes estudian y los que no se han movilizado en los últimos 5 años.

La prevalencia reportada de VIH estuvo entre 0,3 y 0,4% sin diferencia ostensible entre los grupos analizados. No se encontró una menor prevalencia al ajustar por antecedente de relaciones sexuales. Esta prevalencia es menor que la reportada para la población de 15 a 49 años de 0,6% y en el rango entre 0,3% (mujeres) y 0,7% (hombres) de la población de 15 a 24 años (Onusida, 2007)

Uno de los logros más claros de la intervención fue aumentar el acceso a la prueba de VIH entre quienes reportaron antecedente de relaciones sexuales, de 10 a 28% y en el total, de 5 a 17%. Al comparar con la primera fase, en esta se aumentó en los sexualmente activos de 11% a 22%. La línea de base encontrada en Medellín fue de 12% (Vinaccia 2007), en la ENDS de 9,5%(15 a 19 años) y 22% (20 a 24 años) y en la EZM de 2,6% (13-14 años), 18,8% (15 a 19 años) y 37,9% (20 a 24 años). Estas dos últimas encuestas fueron realizadas en mujeres, comparado con el 17% alcanzado como cobertura en este Proyecto (de un inicial de 6%, en todas las mujeres independientemente de su antecedente de relaciones sexuales penetrativas).

Se esperaría que quienes se perciben en riesgo de adquirir el VIH demanden más la prueba que aquellos que no se perciben en riesgo. Sin embargo no hay diferencias entre los dos grupos, excepto para los hombres, mayores de edad y trabajadores que podrían significar los requerimientos específicos de esta población para acceder a servicios integrales, tanto en educación como en servicios de salud sexual y reproductiva.



Los servicios amigables en salud para jóvenes, como propuesta retomada por el Proyecto de ejercicios previos, permitieron mejorar este acceso en un ambiente donde se garantizaban procesos de asesoría para la prueba y se aseguraba la confidencialidad del demandante del servicio. Este puede ser el escenario que permita el acercamiento de las personas al diagnóstico y la atención integral oportuna. El modelo para la atención de los jóvenes fue desarrollado a partir de esta experiencia y de otras previas por el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA, 2007).

SOBRE LA DISCUSIÓN

Contrario a lo observado en la encuesta de primera fase, se encontraron aumentos leves o moderados en el nivel de conocimientos en general comparado con el aumento ostensible en dicha fase. Sin embargo los incrementos en las prácticas y en especial, del uso del preservativo, fueron más claros. Esto puede relacionarse con el ajuste de la propuesta de educación entre pares que fortaleció más el componente de habilidades para la vida, que los conceptos biológicos tradicionales.

Los métodos pedagógicos desarrollados por el Proyecto en la segunda fase, permitieron consolidar que los métodos participativos de enseñanza y de aprendizaje son esenciales para pasar de los programas educativos basados en la información, a programas más orientados a las habilidades. Se ha demostrado que estos últimos han tenido mejores resultados en el desarrollo, por los jóvenes y las jóvenes, de una capacidad de conducta positiva, suficientemente adaptable como para permitirles enfrentar, de manera efectiva, las demandas y retos de la prevención del VIH/Sida (Schenker, 2002).

La estrategia integral de educación para jóvenes desarrollada por el Proyecto cumple con los seis (6) criterios de Kirby y colaboradores (1994). Para el primero, focalizar en comportamientos sexuales de riesgo que pueden conducir a ITS o Sida o a embarazado no planeado, las temáticas abordadas permitían mejorar los conocimientos acerca de los mecanismos de transmisión y modos de prevención, que pueden convertirse en aumento de las prácticas protectoras, que fue el logro principal de esta fase del Proyecto y que confirman algunas teorías sobre el carácter pronóstico del grado “subjetivo” de conocimiento ante la actitud o la práctica (Villaseñor, 2003). Sin

embargo, se requieren esfuerzos mayores para lograr un aumento de los conocimientos relacionados con ideas erróneas, estigma o discriminación mediante estrategias a largo plazo que redunden en un mayor nivel de protección, como ha ocurrido con la estrategia de prevención de la transmisión madre a hijo.

Del segundo criterio, que la estrategia utilizara estrategias de aprendizaje social como fundamento, se cumple por el ámbito teórico de desarrollo de la estrategia de habilidades para la vida que desde el socio-constructivismo combina la educación popular ² y de género³ (Bravo, 2006).

Sin embargo, como lo refiere OPS (2001), algunas de las perspectivas teóricas relacionadas ven estas habilidades para la vida como un medio para que los adolescentes participen activamente en su proceso de desarrollo y en el proceso de construcción de normas sociales... Enseñar a los jóvenes cómo pensar en vez de qué pensar, proveerles herramientas para la solución de problemas, toma de decisiones y control de emociones, y... participar.

Además la incorporación de habilidades para la vida durante la segunda fase permitió el reforzamiento y apropiación, así como el desarrollo de una estrategia de educación social que favoreció la lúdica y en especial la participación juvenil, permitió cumplir con dos características: estrategias con actividades dirigidas a las influencias de la sociedad o los medios de comunicación en los comportamientos sexuales, y programas basados en información básica y exacta sobre los riesgos que representan las relaciones sexuales no protegidas y los métodos para evitar este tipo de relaciones a través de actividades experienciales diseñadas para personalizar esta información.

La quinta característica (programas que refuerzan y apropian valores y normas de grupo contra el sexo no protegido) no alcanzó los desarrollos esperadas, teniendo en cuenta la necesidad mencionada de estrategias a largo plazo que se esperaron lograr con el trabajo en algunas instituciones educativas en el Proyecto de Educación para la Sexualidad y de la evidencia en un ejercicio cualitativo (Pedraza, 2008), para la primera fase, de este logro. Además, sería inevitable una mirada a largo plazo, mucho después de la intervención, para interpretar cambios en otras prácti-

² La educación popular comprende los procesos educativos orientados a la transformación social desde la escuela y fuera de ella a partir de unas opciones ético políticas en un determinado contexto.

³ El abordaje o enfoque de género es la forma como todas y cada una de las sociedades, en un tiempo, cultura y relaciones sociales, determinan actitudes, valores y relaciones que garantice a los hombres y a las mujeres el ejercicio de los derechos civiles y políticos en condiciones de igualdad.

cas, diferentes al uso del preservativo, como la edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales durante el último año, entre otras.

La apropiación de grupo se estableció con la población incluida en la encuesta: líderes, jóvenes que recibieron la capacitación y que la replican a sus pares y jóvenes que participan en las réplicas de los líderes. Como la encuesta se aplicó sin diferenciar estos niveles, los resultados reflejan la situación del conglomerado juvenil (el grupo) durante las dos mediciones.

La sexta característica es que provean modelos y prácticas en habilidades de negociación y comunicación que posiblemente están expresados en el aumento del uso del preservativo en los tres momentos cuando son evaluados: durante la primera y última relación sexual, y el uso consistente (siempre) del preservativo. Los temas tratados evitaron una generalización y se focalizaron para enfatizar valores, normas y habilidades necesarias para el logro del uso del preservativo.

Sin embargo, aunque los lineamientos para la estrategia fueron los mismos, las herramientas pedagógicas, la experiencia organizacional o profesional, la empatía y comunicación asertiva fueron diferentes entre las entidades operadoras del Proyecto. Esto indicaría, como lo expresa Kirgby (2006), que era necesaria una mayor estandarización de procesos, que hubiese permitido, quizás, unos mayores incrementos en los conocimientos, actitudes y prácticas, principalmente en lo que denomina las necesidades, déficit y activos de los y las jóvenes cubiertos así como su ambiente, que fue evaluado en una línea de base general, pero que no siempre fue adaptado a las necesidades particulares de cada zona.

También es de reconocer que en algunos municipios, no necesariamente en las mismas zonas o localidades, existían otras iniciativas locales en salud sexual y reproductiva de organizaciones no gubernamentales, de agrupaciones juveniles, de instituciones gubernamentales (secretarías de salud o educación), o de agencias de cooperación internacional que podrían incidir en los resultados aquí presentados, a pesar de existir mecanismos de cooperación o intersectorial desarrollados desde las diferentes perspectivas para aunar esfuerzos.

La integridad del Proyecto incluía a los servicios de salud denominados “amigables” para adolescentes y jóvenes, donde se ofrecía con-



sejería en salud sexual y reproductiva, asesoría para prueba voluntaria de VIH, anticoncepción de emergencia, provisión de preservativos y en algunos casos, otros métodos anticonceptivos, abordando de esta manera persona a persona, las necesidades puntuales en salud sexual y reproductiva. Sin embargo, como Kirby (1994) lo establece, en los sitios que tienen o tuvieron componentes educativos muy fuertes este hecho por sí solo contribuye a los aspectos críticos de vulnerabilidad que el acceso a los servicios de salud. Una actividad educativa fuerte (entre pares, dirigidas a grupos) contribuye a aumentar la demanda de los servicios en salud sexual y reproductiva como se evidenció con el aumento de los y las jóvenes que se hicieron la prueba de VIH y de quienes accedieron al preservativo.

Kirby (2002) menciona que las acciones se deben dirigir hacia los antecedentes de “tomar el riesgo sexual” (creencias, actitudes, normas y autoeficacia⁴) y a los antecedentes no sexuales (como las relaciones con los adultos y la creencia en el futuro. El componente de apoyo a los proyectos juveniles de generación de ingresos, de formación de competencia abordó estos antecedentes no sexuales y debió contribuir al impacto en las actitudes y prácticas, fundamentalmente.

Maddaleno (2003) recogiendo las iniciativas en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes de OPS, establece una serie de estrategias programáticas para los programas o proyecto, entre estas estrategias, el Proyecto abordó las siguientes:

Incrementar el acceso y la producción de información respecto a adolescentes: la estrategia de educación entre pares y los servicios de salud sexual y reproductiva mejoró el acceso a la información con un aumento de los conocimientos, incluso para el indicador propuesto por Onusida de conocimiento sobre la prevención de VIH en jóvenes.

Mejorar el acceso a los servicios de salud: El Proyecto aumentó el acceso a la asesoría para prueba voluntaria de VIH y del preservativo, a través de los servicios amigables de salud.

Mejorar el acceso a la educación e incrementar el papel de la escuela

4 Autoeficacia: percepción del adolescente de su competencia para desarrollar una conducta sexual eficaz para prevenir el SIDA. Los cuatro factores que incrementan la autoeficacia son las experiencias de éxito, el éxito como par, la persuasión social y la reducción de la ansiedad, siendo un requisito la atribución interna del control y éxito de la conducta. Citado de: Bandura A. Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. En: Schwarzer R ed, Self-efficacy: Thought control of action. Washington, DC: Hemisphere 1992;355-394.

en la salud de adolescentes: se realizó coordinación para el fortalecimiento del Proyecto de Educación para la Sexualidad que permitió incluir los contenidos pedagógicos propuestos en el currículum del Proyecto y la estrategia de educación entre pares.

Promover un enfoque de género: el Proyecto tuvo el enfoque de género como parte de su teoría cognitiva con un nivel esperado de equidad en los conocimientos y las prácticas, que se obtuvo para muchos de los indicadores planteados.

Participación juvenil: el Proyecto giró en este aspecto promoviendo y fortaleciendo la estrategia de educación entre pares y especialmente, el apoyo a las iniciativas juveniles. Aunque no existía un indicador en este aspecto, se presume que fue esencial para los logros obtenidos.

Articulación interinstitucional: los escenarios convocados por el Proyecto para la planeación y ejecución incluían a los sectores de educación, salud, juventud y atención de la población en situación de desplazamiento. Al igual que con el anterior núcleo programático, no se incluyó un indicador al respecto, pero puede entenderse su injerencia en los resultados.

PARA FINALIZAR...

Ha sido reconocido, habitualmente, que la educación sexual impartida en las escuelas y los colegios tiene un carácter más informativo sobre los órganos reproductivos y de la prevención de enfermedades de transmisión sexual sin tener en cuenta las necesidades de formación integral de los adolescentes (Torres, 2006). El Proyecto avanzó de manera significativa en este aspecto, movilizandocada vez más la participación juvenil y la interacción sectorial en sus tres componentes clave: acceso a educación sexual, a servicios amigables en salud sexual y reproductiva y al apoyo a las iniciativas (emprendimientos) juveniles, como factor protector frente a las ITS y el sida.

Kirby y colaboradores (2006) señalan que casi la mitad de las intervenciones lograron incrementos en el uso del condón, la otra mitad no mostró cambios y ninguna tuvo como



resultado un decremento en el uso. El Proyecto logró un aumento en las prácticas protectoras, uso del preservativo, entre quienes tenían antecedente de relaciones sexuales penetrativas, pero existe la duda, como lo han reconocido otros estudios, si el condón fue utilizado principalmente como método anticonceptivo y no como medio de protección de infecciones de transmisión sexual y de VIH/SIDA (González, 2007)

Algunos temas encontrados en la encuesta como trabajo sexual, abuso o violencia sexual y consumo de sustancias psicoactivas fueron abordados tangencialmente y requieren su estudio e intervención en nuevas propuestas o en las acciones de sostenibilidad que se desarrollen en los 32 municipios de esta fase.

La interacción del proyecto de educación para la sexualidad con la estrategia de educación entre pares, los servicios amigables (atención persona a persona) y los emprendimientos juveniles se constituye en un modelo preferencial para el abordaje de la población joven, y tanto en la primera como la segunda fase, se evidenció éxito en los indicadores de conocimientos, actitudes y prácticas.

Algunos indicadores como edad de inicio de las relaciones sexuales o número de parejas sexuales en el último año deben ser analizados cuidadosamente, pues podría requerirse una evaluación a largo plazo para realizar la interpretación adecuada.

Los resultados de esta encuesta permiten líneas de base o monitoreo de los indicadores propuestos por Onusida (2008) en los jóvenes de 15 a 24 años, que dadas las características de aleatorización y posible representatividad (29 municipios de diferentes zonas del país), son un escenario de la situación de esta población. Para un mejor reconocimiento de la situación en estos aspectos se debe evolucionar en la vigilancia en salud pública de segunda generación a la construcción de instrumentos más comprensivos del manejo del cuerpo y la sexualidad como estudios sobre comportamientos sexuales, sociales y corporales (Hidalgo-San Martín, 2003) y en especial, sobre la autoeficacia en la prevención (Kasen, 1992 y López-Rosales, 2001), Incluso para validar mejor la evidencia se requiere incluir estrategias de tipo ensayo comunitario a la evaluación de propuestas de intervención (Jemmott, 1998, Villarruel, 2006 y Gallegos, 2008).

Hola Ma´

Qué pena, imagino que la he tenido preocupada. Ya se que habíamos quedado en que nos hablábamos todos los días pero la verdad me encarreté y se me olvidó llamarla. Le voy a confesar en qué andaba, o mejor, en qué estoy metido. Aprovecho que es por escrito, así me salvo de su sermón porque siempre cree que me la paso en cosas malas y también me da menos miedo que se ponga brava o me regañe. Debe haber estado muy asustada pensando quién sabe qué durante todo este tiempo en que me le perdí y se estará armando una película bien tenaz en su cabeza. Fresca má, me la he pasado en cosas que no tienen que ver con las razones que nos tienen separados. Por eso es que puedo contarle en que ando, no hay nada que temer. Le cuento que su hijo se volvió importante. Si señora. ¡¡¡Ahora yo enseño má!!!

La cosa fue que unas personas llegaron al colegio de un amigo porque estaban preocupadas por la cantidad de embarazos en adolescentes y que el SIDA se estaba extendiendo más y más. Según ellos, que son especialistas en el tema, eso del SIDA se estaba transmitiendo más en jóvenes y adolescentes. Ellos querían ayudarnos y que nosotros ayudáramos a otros. Como ellos consideran que eso se puede prevenir si tenemos oportunidades para salir adelante, también ofrecieron apoyo para que nos podamos defender en la vida. Imagínese que una de las muchachas de apenas 12 años dice que fue muy chévere y se la pasa contando por ahí, toda orgullosa, dizque "ahora yo ya soy microempresaria". Yo dije, pues buenísimo, y pregunté si podía participar para armar empresas y dijeron: ¡¡¡claro!!!

Usté´ decía que yo era un vago porque no me gustaba estudiar ni hacer nada, que no iba a ser nadie en la vida pero viera má, es que esas personas son chéveres. Al principio uno tiene pena porque le van a hablar de sexo pero ellos no dicen nada si uno se ríe o se expresa libremente, no lo regañan a uno y a veces las charlas son como juegos. Es diferente al colegio. Como no falté nunca a las charlas aprendí mucho y por eso ahora todo el mundo me conoce, he hecho muchas réplicas. Esas son charlas que nos damos entre nosotros, o sea que nos dejan hablarle a otros jóvenes y enseñarles cómo prevenir las enfermedades. En las réplicas uno aprende el doble, aprendí a controlar el miedo y uno a la vez que enseña aprende de los demás. Como la gente sabe que yo estuve en el Proyecto Colombia, me busca para preguntarme cosas. Ahora nos paramos en la esquina a hablar pero casi siempre el tema es ese de la educación sexual.

Además he podido conocer muchos jóvenes y nos han llevado a otras partes. Viera cómo nos tratan, eso me ha gustado mucho. De pronto ha visto en la tele unos amigos que salen cantando, párele bolas má, los presentan como entre las 7 y las 9 de la noche. Ellos se ganaron un concurso que hicieron en el Proyecto. Yo estoy agradecido con lo que se vio durante el proceso del concurso En Todo Tu Derecho, en el cual tuve la oportunidad de participar, esto para mi vida personal y artística ha sido tremendamente bueno. Y también es como un logro más que uno alcanza y el poder participar e ir a una ciudad y que lo traten así como nos trataron, eso fue elegante.

Aprovecho que doña Magda va para allá sin paquetes para enviarle un afiche del Proyecto, dígame a Moncho que lo coloque en el colegio. A la flaca que esté pendiente de mi llamada, creo que cambié de idea: ya no pienso organizarme, me falta mucho para responder por ella y por unos hijos. A mi papá le envió unos condones pero como no sabe usarlos, espero verlo pronto, así le enseño a colocarlos para que si tiene otra mujer, prevenga enfermedades. Ese fue el taller que más me gustó: el del uso del condón. Nos vemos Má.

Saludos a todos,

Beto⁵

⁵ Esta elaboración en género epistolar ha sido construida a partir de los relatos de varias personas entrevistadas. La recreación pretende dar cuenta del discurso que da sentido al colectivo "Proyecto Colombia" en su primera fase y la técnica usada es la imputación. Se construye un personaje en el cual confluyen múltiples voces juveniles. En las ciencias sociales, en la fase de escritura de una investigación, al acudir a la recreación literaria, se elabora una unidad discursiva a partir de las expresiones, experiencias o vivencias de integrantes de un colectivo, comunidad o grupo, para recrear en un personaje que represente tal símbolo identitario. O, se contruye un personaje en que confluyan las características halladas en un grupo dado, a partir de aspectos significativos de todas las fuentes primarias que permitieron conocer y comprender una cultura o contexto social. Considera la construcción co-elaborada de un discurso entre los sujetos hablantes dentro de un acto conversacional o dentro de un colectivo dado.

REFERENCIAS

- Borja-Aburto VH (2000). Estudios Ecológicos. Rev Salud Pub Mex 2000;42(6):533-8
- Bravo A, Martínez V (2006). Fortalecimiento de docentes en el campo de la sexualidad humana y la salud sexual y reproductiva. Desde la cultura afrocolombiana del Pacífico. Bogotá DC: Fé y Alegría de Colombia, 2006.
- Canaval, G. E., Valencia, C. P., Forero, L., Guardela, N., Magaña, A. y Vargas, Y. (2005). Factores protectores y de riesgo para VIH/sida en mujeres de Cali, Colombia. Ciencia y Enfermería. XI (2): 23-33.
- Eriksson, L., Guarnizo, C., Mejía, A. y Prieto, F. (2003). Salud sexual reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y VIH-Sida en una ciudad receptora de población desplazada. Montería. OIM Colombia.
- FHI, Impact, USAID, DFID (2000). Encuestas de Vigilancia del Comportamiento, directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH. Washington: Family Health International, 2000
- Flórez CE. (2005) Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2005;18(6):388-402.
- Frerichs, R. R. (1989). Simple analytic procedures for rapid microcomputer-assisted cluster surveys in developing countries. Public Health Rep. 104(1): 24-35.
- Gallegos EC, Villarruel AM, Loveland-Cherry C, Ronis DL, Zhou Y. (2008) Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. Salud Publica Mex 2008;50:59-66.
- García, R., Cáceres, D., Luque, R. y Jiménez, E. (2002) Encuesta Nacional sobre Comportamientos Sexuales de Jóvenes y Ado-

lescentes Escolarizados 2000. Bogotá D. C.: Onusida-MPS.

- García, R., Negrete, V. y Romero, A. (2006) Behavioural Intervention for STD/AIDS risk reduction among youth affected by armed conflict in Colombia. Citado en: García, R., Luque, R., McDouall, J. y Moreno, L. A. Infección por VIH y sida en Colombia. Estado del arte. 2000-2005. Bogotá: Onusida. p. 78.
- Gayet C, Juárez F, Pedrosa LA, Magis C. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Salud Publica Mex 2003;45 supl 5:S632-S640.
- Gayet C, Rosas CA, Magis C, Uribe P. (2002) Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el SIDA. Salud Publica Mex 2002;44:122-128.
- González E, Molina T, Montero A; Martínez V, Leyton C. (2007) Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. Rev Méd Chile 2007; 135: 1261-1269
- Haour-Knipe M, Eriksson L, Grondin D. (2006) Chapter 10. Young migrants, refugees and displaced people. En: Aggleton P, Ball A, Mane PN. Drugs And Young People: International Perspectives. Routledge, 2006.
- Henderson, R. H. y Sundaresan, T. (1982). Cluster sampling to assess immunization coverage: a review of experience with a simplified sampling method. Bull WHO 1982; 60 (2):253-60.
- Hernández, B. y Velasco, H. (2000). Encuestas transversales. Salud Pública de México 2000; 42(5): 447-55.
- Hernández, M., Garrido, F. y López, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México 2000; 42(2): 144-54.
- Hidalgo-San Martín A, Caballero-Hoyos R, Celis-de la Rosa A, Rasmussen-Cruz B. (2003) Validación de un cuestionario para el estudio del comportamiento sexual, social y corporal, de adolescentes escolares. Salud Publica Mex 2003;45 supl 1:S58-S72.
- Jemmott JB III, Jemmott LS, Fong GT. (1998) Abstinence and safer sex intervention for African American adolescents: A randomized control trial.



JAMA 1998;279:1529-1536.

- Kasen S, Vaugahan RD, Walter. (1992) Self-Efficacy for AIDS preventive behaviours among tenth grade students. Health Educ Quaterly HJ 1992;19:187-202.
- Kirby D (2002). Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing - Statistical Data Included. J Sex Res. 2002;39(1):51-7.
- Kirby D, Laris BA, Rolleri L.(2006)} Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics. New York: FHI, 2006
- Kirby D, Short L, Collins J, Rugg D, Kolbe L, Howard M, Miller B, Sonestein F, Zabin LS. (1994) School-Based Programs to Reduce Sexual Risk Behaviors: A Review of Effectiveness. Public Health Reports 1994;109(3):339-60.
- Lemeshow, S. y Robinson, D. (1985). Surveys to measure programme coverage and impact: a review of the methodology used by the Expanded Programme on Immunization. World Health Statistics Quarterly 38, 65-75.
- Lemeshow, S. y Stroh, G. (1989). Quality assurance sampling for evaluating health parameters in developing countries. Survey Methodology, 15: 71-81.
- López-Rosales F, Moral-de la Rubia J. (2001) Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. Salud Publica Mex 2001;43:421-432.
- Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Publica Mex 2003;45 supl 1:S132-S139
- Mantilla L (2003). Habilidades para la vida: Una propuesta educativa para convivir mejor. Marco referencial. Bogotá: Fe y Alegría de Colombia, 2003
- Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Fundación Henry Ardila. (2004). Guía para Encuestas de Vigilancia de Comportamiento. Bogotá D. C.: INS.
- Ministerio de la Protección Social, Onusida. (2008) Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida Colombia 2008-2011. Bogotá DC.
- Ministerio de la Protección Social - UNFPA (2007). Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes:Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Bogotá DC: UNFPA; 2007.

- Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
- Mosquera, J. y Mateus, J. C. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Colomb Med*; 34: 206-12.
- Navarro, E. y Vargas, R. (2005). Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla, 2003. *Invest Educ Enferm*; 23(1): 44-53.
- Onusida. (2001). Movilidad de la población y SIDA. Ginebra: Onusida-Actualización Técnica.
- Onusida (2007): Seguimiento de la Declaración de compromiso del UNGASS sobre el VIH/SIDA: Directrices para el desarrollo de indicadores básicos. Onusida: Ginebra, 2007
- Onusida (2008). Informe sobre la epidemia mundial de sida, 2008. Onusida: Ginebra, 2008.
- Onusida, OMS. (2000). Guías sobre la vigilancia del VIH de segunda generación, UNAIDS/00.03S, 2000.
- OPS (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington: OPS, 2001
- OPS. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington: OPS.
- Pacheco-Sánchez, C. I., Rincón-Suárez, L. J., Guevara, E. E., Latorre-Santos, C., Enríquez-Guerrero, C. y Nieto-Oliver, J. M. (2007). Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. *Salud Publica Mex*; 49:45-51.
- Pedraza G, Prieto F (2008). Afianzando Identidades: Impacto de una Estrategia de Educación de Pares en la Salud Sexual De Los Jóvenes Colección: Cuadernos técnicos del Proyecto Fondo Mundial en Colombia No. 4
- Prieto F, González C (2008) Jóvenes: Vulnerabilidad y VIH. Resultados de la Encuesta CAP. Primera Fase. Colección Cuadernos Técnicos del Proyecto del Fondo Mundial en Colombia. No. 3.
- Prieto F, González C, Díaz O, Diesner F (2008-b) Caminos de la salud: Experiencias en el componente de salud del Proyecto del Fondo Mundial en Colombia. Colección Cuadernos Técnicos del Proyecto del Fondo Mundial en Colombia. No. 6.

- Profamilia (2005). EZM. Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas: Situación de las Mujeres Desplazadas. Bogotá DC: Profamilia.
- Profamilia (2005). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Bogotá: Profamilia-MPS.
- Schenker I, Nyirenda JM. (2002). Prevención del VIH/Sida en las escuelas. México: IBE-Unesco, 2006
- Senderowitz, J. (1999). Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud. Washington: Focus on Young Adults.
- Torres P, Walker DM, Gutiérrez JP, Bertozzi SM. (2006) Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud Publica Mex 2006;48:308-316.
- Urrea-Giraldo, F., Congolino, M. L., Herrera, H. D., Reyes, J. I. y Botero, W. F. (2006). Comportamientos sexuales e incidencia de los programas de salud sexual y reproductiva en estudiantes de secundaria de sectores populares y de la universidad pública en la ciudad de Cali, Colombia. Cad. Saúde Pública; 22(1):209-15.
- Vásquez, M. L., Argote, L. A., Castillo, E., Mejía, M. E. y Villaquirán, M. E. (2005). La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes. Colomb Med; 36 (Supl 1): 33-42.
- Vera, L. M., López, N., Ariza, N. D., Díaz, L. M., Flórez, Y., Franco, S. G., Isaza, S., Marciales, D. P., Ortiz, N., Rueda, J. y Torres, L. J. (2004). Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. Colomb Med; 35:62-8.
- Villarruel AM, Jemmott JB III, Jemmott LS.(2006) A randomized control trial testing and HIV prevention intervention for Latino youth. Arch Pediatr Adolesc Med 2006;160:772-777.
- Villaseñor-Farías M, Castañeda-Torres JD.(2003-b) Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. Salud Publica Mex 2003;45 supl 1:S44-S57.
- Villaseñor-Sierra A, Caballero-Hoyos R,Hidalgo-San Martín A, Santos-Preciado JI. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. Salud Publica Mex 2003;45 supl 1:S73-S80.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Gaviria, A. M., Soto, A. M., Gil Llarío, M. D. y Ballester Arnal, R. (2007). Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/Sida en Adolescentes Colombianos. Terapia Psicológica; 25(1):39-50.

ANEXO A. INSTRUMENTO

A continuación se presenta el instrumento utilizado sin diagramación, descansos de lectura y con numeración (la encuesta no estaba enumerada)

Agradecemos que contestes las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible.

Debes marcar con una equis (x) la respuesta que selecciones.

1. Sexo: Hombre __ Mujer __

2. Edad: _____ años

3. ¿Durante los últimos 30 días cual ha sido tu principal actividad?
Por favor marca con una equis solamente una opción

Solo estudiar ---

Solo trabajar ---

Trabajar y estudiar..... ---

Ni trabajar ni estudiar..... ---

4. ¿Hace cuánto tiempo vives en este municipio o ciudad?
Por favor marca con una equis solamente una opción

Menos de 1 año ---

1 a 4 años ---

5 a 9 años ---

Más de 10 años ---

Toda la vida ---

5. Si llevas viviendo menos de 5 años en este municipio o ciudad ¿Por cual razón tú o tu familia se cambiaron del municipio donde vivían antes?

Por favor marca con una equis solamente la principal razón

Por un desastre natural (derrumbe, inundación, etc) ___

Por fumigación de cultivos de coca o amapola ___

Por la violencia ___

Por otra razón ___

Cuál? _____

6. ¿Tienes carné de salud?

Si__ No__ No se __

7. ¿Qué tanto crees que sabes sobre las infecciones de transmisión sexual y el SIDA?

Por favor marca solamente una de las siguientes opciones

Mucho ___ Más o menos ___ Poco ___ Nada ___

A continuación te haremos algunas preguntas sobre el virus que causa el sida: el VIH:

8. ¿Consideras que utilizar el condón en todas las relaciones sexuales protege a las personas del virus que causa el sida - VIH?

Si___ No___ No sé___

9. ¿Una persona puede infectarse con el virus que causa el sida por la picadura de un mosquito?

Si___ No___ No sé___

10. ¿Si te hicieran un tatuaje o te colocaran un piercing o arete con una aguja ya utilizada, te podrían infectar con el virus que causa el sida?

Si___ No___ No sé __

11. ¿Crees que las personas pueden protegerse de la infección por el virus que causa el sida evitando tener relaciones sexuales?

Si ___ No ___ No sé ___

12. ¿Cuándo una mujer embarazada está infectada con el virus que causa el sida puede transmitir el virus a su bebé?

Si ___ No ___ No sé ___

13. ¿Si usaras el mismo plato o los mismos cubiertos que usó una persona que está infectada con el virus que causa el sida, te podría infectar?

Si ___ No ___ No sé ___

14. ¿Una persona que se ve sana puede estar infectada con el virus que causa el sida?

Si ___ No ___ No sé ___

15. ¿Invitaría a comer en tu casa a alguien que sabes que tiene VIH?

Si ___ No ___

16. Si un profesor estuviera infectado con el VIH pero no está enfermo, ¿debería seguir enseñando en la escuela? Si ___ No ___

17. ¿De quién recibes o escuchas información sobre las infecciones de transmisión sexual?

Por favor marca una de las dos opciones en cada frase

Amigos o amigas..... Si ___ No ___

Colegio o Escuela..... Si ___ No ___

Padres Si ___ No ___

Por Internet Si ___ No ___

Radio o televisión..... Si ___ No ___

Servicios de salud Si __ No __
Otro Si __ No __
Cuál? _____

18. ¿Cuáles de estas molestias son producidas por las infecciones de transmisión sexual?

Por favor marca una de las tres opciones en cada frase

Dolor o ardor al orinar

Si __ No __ No sé __

Flujos de mal olor por la vagina

Si __ No __ No sé __

Salida de materia o pus por el pene.

Si __ No __ No sé __

Úlceras o llagas en los genitales.

Si __ No __ No sé __

19. ¿El condón debe colocarse antes de la penetración?

Si___ No___ No sé___

20. ¿El condón debe retirarse antes que el pene se ponga blando?

Si___ No___ No sé___

21. ¿Los condones tienen fecha de vencimiento?

Si___ No___ No sé___

22. ¿Un condón se puede usar varias veces?

Si___ No___ No sé___

Ahora vamos a hacerte algunas preguntas muy personales. Recuer-

da que preguntamos para conocer qué piensa y siente la gente joven, para ayudarles a hacer sus vidas más seguras y satisfactorias. Recuerde que su nombre NO se ha escrito en este cuestionario y por tanto la información no podrá ser relacionada contigo. De aquí en adelante, cuando preguntemos sobre "relaciones sexuales" nos referimos a aquellas relaciones con introducción del pene en la vagina o del pene en el ano.

23. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?

Si__ No__

Si contestaste SI continúa a partir de la siguiente pregunta.

Si contestaste NO continúa a partir de la pregunta 41.

24. ¿A qué edad tuviste relaciones sexuales por primera vez?

_____ años

25. ¿Tú o tu pareja utilizaron condón la primera vez que tuviste relaciones sexuales?

Si __ No __

26. ¿Qué edad tenía la primera persona con quien tuviste relaciones sexuales?

_____ años

27. Tus relaciones sexuales han sido:

Por favor marca con una equis solamente una de las siguientes respuestas

Sólo con personas de tu MISMO sexo ___

Sólo con personas del OTRO sexo ___

Con hombres y con mujeres ___

28. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales a cambio de dinero

pesar que no querías tenerlas?

Si__ No__

37. Si alguien te obligó a tener relaciones sexuales ¿Hablaste de la situación con alguien?

Si__ No__

Con quién?: _____

38. ¿Has tenido relaciones sexuales bajo el efecto de bebidas alcohólicas? Si ___ No ___

39. ¿En los últimos 12 meses, ¿ha tenido salida de materia o pus por la vagina o el pene? Si __ No__

40. ¿En los últimos 12 meses, ¿ha tenido úlceras o llagas en la vagina o el pene?

Si__ No__

41. ¿Qué tanta posibilidad tienes de adquirir el virus que causa el sida?

Por favor marca solamente una de las siguientes opciones

Ninguna __

Alguna __

Mucha __

Ya tengo el VIH __

42. ¿Alguna vez te ha hecho la prueba para VIH?

Si__ No__

43. ¿Cargas un condón en este momento?

Si __ No __

44. ¿Dónde conseguiste el condón que cargas o el último que utilizaste?

Por favor marca solamente una de las siguientes respuestas

- Nunca has tenido o usado un condón ___
- Amigo ___
- Colegio ___
- Familiar ___
- Farmacia o droguería ___
- Residencia o motel ___
- Servicio de salud ___
- Taller o actividad educativa ___
- Tienda o supermercado ___
- Otro ___
- Dónde? _____

45. Alguna vez has usado las siguientes drogas?

Por favor marca con una equis una de las dos opciones de cada droga

- Bazuco Si __ No __
- Cocaína Si __ No __
- Éxtasis Si __ No __
- Heroína Si __ No __
- Marihuana Si __ No __
- Otra __Cuál? _____

44. Si consumes alguna de las anteriores drogas ¿has tenido relaciones sexuales drogado o drogada?

Si __ No __ Nunca he tenido relaciones sexuales ___

Si tienes alguna observación puedes escribirla a continuación

Información adicional en: _____

ANEXO B. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

A continuación se presentan apartes del Manual de Procedimientos de la Encuesta

CAPÍTULO 2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

OBJETIVO

Seleccionar la muestra de manera aleatoria.

METODOLOGÍA

Es un muestreo por conglomerados en dos etapas. En la primera etapa se seleccionan los conglomerados (grupos de jóvenes) y en la segunda los jóvenes que van a ser encuestados en cada conglomerado. Esta selección se realizará de forma aleatoria (al azar).

TAMAÑO DE MUESTRA

Para cada localidad o municipio, sin importar el tamaño de la población, se determinó un tamaño de muestra de 210 jóvenes.

CONSTRUCCIÓN DE LOS CONGLOMERADOS

Del total de conglomerados (grupos de jóvenes), se seleccionarán 24 de jóvenes escolarizados y 6 de jóvenes en grupos formados o no escolarizados.

Los pasos para la selección de los conglomerados, que se deben consignar en el Registro de Identificación de conglomerados, son los siguientes:

1. En la primera parte establezca la fecha, el lugar (donde realizó el procedimiento de selección de la muestra) y el responsable (nombre del supervisor). Ejemplo:

Fecha	2 de mayo de 2006
Lugar	Oficina Proyecto Fondo Mundial
Municipio	Bogotá
Responsable	Franklyn Prieto

2. Ahora se escriben los colegios con los grados donde se hará la intervención y el número de estudiantes activos en cada grado. Es importante recordar que si existe una jornada diurna y una jornada tarde, se debe incluir en el listado los cursos correspondientes. Luego se enumeran en orden de escritura. Ver tabla de ejemplo.

NO	INSTITUCIÓN	GRUPO	NO JÓVENES
1	Colegio Juana de Arco	601	42
2	Colegio Juana de Arco	602	43
3	Colegio Juana de Arco	701	38
4	Colegio Juana de Arco	702	35
5	Colegio Juana de Arco	801	41
6	Colegio Juana de Arco	802	42
7	Colegio Federico López	601	42
8	Colegio Federico López	602	43
9	Colegio Federico López	701	38
10	Colegio Federico López	702	35
11	Colegio Federico López	801	41
12	Colegio Federico López	802	42
13	Colegio Federico López	803	43
14	Colegio Federico López	901	38
15	Colegio Federico López	1001	35

3. Se colocan todos los números (códigos) de los conglomerados disponibles en una bolsa y se seleccionan 24 al azar mediante un sorteo; en el Formato se coloca una x o un si en la casilla seleccionado al frente de los conglomerados escogidos. Por ejemplo, supongamos que tengo una lista con 200 conglomerados y al realizar el sorteo fueron seleccionados los conglomerados: 5, 15, 22, 27, 54, 63, 66, 72, 98, 100, 107, 112, 113, 120, 136, 137, 143, 147,

150, 152, 169, 177, 180 y 187; entonces, de acuerdo a la tabla del punto 2, debo colocar una x en la casilla Seleccionado en el número 5 Colegio Juana de Arco curso 801 y en el número 15 Colegio Federico López curso 1001.

4. Este procedimiento (pasos 1 a 4) se debe repetir con los grupos de jóvenes que no pertenecen a instituciones educativas (organizaciones no gubernamentales, organizaciones de base comunitaria, grupos culturales, clubes juveniles, etc) y del total de grupos disponibles, se seleccionan 6 grupos.

5. En el caso que no haya grupos formados de jóvenes o que no se complete la muestra (42 jóvenes), se convocará a los jóvenes que no estén en instituciones educativas que vayan a ser intervenidas como líderes formados o jóvenes beneficiarios de réplicas y se realizará una inscripción. De este listado se seleccionarán 42 jóvenes al azar mediante sorteo. Se debe tener en cuenta que este listado podrá ser útil para la ubicación de líderes.

6. Distribución de los conglomerados a los encuestadores (Procedimiento Opcional)

A cada encuestador le corresponde un número de conglomerados. Se le pueden asignar los conglomerados de manera proporcional y de forma aleatoria. Por ejemplo, si son 3 encuestadores, se asignarán 10 conglomerados a cada encuestador de forma aleatoria por sorteo.

En el Registro de Identificación de conglomerados se debe escribir el nombre del encuestador de cada conglomerado seleccionado. Por ejemplo, si en el sorteo le correspondió al encuestador Juan Pérez, el conglomerado 5 Colegio Juana de Arco curso 801, se debe escribir el nombre del encuestador en la casilla correspondiente.

REGISTRO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE CONGLOMERADOS

El supervisor debe levantar un acta con el resumen del proceso de selección de la muestra. Así se constituye un Acta de conformación de conglomerados.

ACERCAMIENTO AL CONGLOMERADO

Cada encuestador debe reunirse previamente con el docente responsable de cada curso o con el líder del grupo no escolarizado

para establecer dos cosas: los jóvenes a seleccionar y coordinar la fecha, lugar y hora de la aplicación de la encuesta.

Es importante que revisen las condiciones del lugar asignado para evitar inconvenientes de último momento como no disponibilidad de sillas, espacios muy pequeños aplicación al aire libre, etc.

Al responsable del grupo se le debe indicar que la encuesta dura en promedio 30 minutos pero que puede suceder que este tiempo sea mayor y que al terminar el diligenciamiento de la encuesta, el joven retornará al lugar dispuesto.

SELECCIÓN DE LOS JÓVENES EN LOS CONGLOMERADOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Durante la reunión previa con el docente, el encuestador verificará el número de jóvenes en cada grupo (recuerde que el número de jóvenes se escribió en el Registro de Identificación de conglomerados). En el sorteo se incluirán los números disponibles y serán seleccionados al azar, 7 números. Por ejemplo, si son 40 estudiantes en el grupo, se introducen los números de 1 a 40 en una bolsa y se seleccionan 7 al azar, que pueden ser el 3°, 8°, 11°, 22°, 25°, 33° y 40° del grupo.

Al responsable del grupo (docente) se le informa los números de lista del curso seleccionados. Continuando con el anterior ejemplo, se le dice al profesor que necesita el día, la hora y en el lugar a los estudiantes de su grupo que correspondan al 3°, 8°, 11°, 22°, 25°, 33° y 40° de su grupo. En ningún caso se debe solicitar el listado de estudiantes para informarle al docente, el nombre de los seleccionados; de esta manera se mantiene la confidencialidad del proceso.

En el caso que el docente informe que no es posible ubicar uno de estos jóvenes, se le solicita que lo reemplace por el anterior. Por ejemplo, si el 8° no ha vuelto a clase, lo debe reemplazar con el 7°.

Por ningún motivo se realizará una asignación proporcional por sexo, esta distribución será determinada por el azar. Tampoco se hará una distinción entre jóvenes líderes y aquellos que no lo son.

Otra opción es seleccionar 8 jóvenes al azar, para disminuir la pérdida, ya sea por inasistencia o por decisión de no participar.

SELECCIÓN DE LOS JÓVENES EN LOS CONGLOMERADOS DE GRUPOS NO ESCOLARIZADOS

Durante la reunión previa con el líder del grupo no escolarizado, el encuestador verificará el número de jóvenes en cada grupo (recuerde que el número de jóvenes se escribió en el Registro de Identificación de conglomerados). En el sorteo se incluirán los números disponibles y serán seleccionados 7 números al azar. Por ejemplo, si son 20 jóvenes en el grupo, se introducen los números de 1 a 20 en una bolsa y se seleccionan 7 al azar, que pueden ser el 3°, 5°, 8°, 11°, 12°, 15° y 17° del grupo.

Al responsable del grupo se le informa que el número de lista de los jóvenes seleccionados. Al líder del grupo se le informa que necesita el día, la hora y en el lugar a los jóvenes de su grupo que correspondan al 3°, 5°, 8°, 11°, 12°, 15° y 17° de su grupo. En ningún caso se debe solicitar el listado de jóvenes para informarle al líder, el nombre de los seleccionados; este procedimiento aumenta la confidencialidad del proceso.

En el caso que el líder informe que no es posible ubicar uno de estos jóvenes, se le solicita que lo reemplace por el anterior de la lista. Por ejemplo, si el 15° no pudo ser ubicado, lo debe reemplazar por el 14°.

Por ningún motivo se realizará una asignación proporcional por sexo, esta distribución será determinada por el azar. Tampoco se hará una distinción entre jóvenes líderes y los que no lo son.

En el caso que no existan grupos de jóvenes no escolarizados, se realizará convocatoria a los jóvenes que no estén en instituciones educativas y se realizará una inscripción. De este listado se seleccionarán 42 jóvenes al azar mediante sorteo.

Si a pesar de la convocatoria no completan los 42 jóvenes, se debe aplicar la encuesta a los jóvenes no escolarizados que se detecten hasta completar los 42 requeridos. Puede utilizarse un mecanismo tipo bola de nieve, en el cual se le informa a un joven que puede invitar a otro a contestar la encuesta.

Si en el grupo “formado” de jóvenes existen jóvenes que están estudiando, estos pueden participar en el sorteo correspondiente, no deben ser excluidos.

CAPÍTULO 3. APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

OBJETIVO

Administrar la encuesta en un ambiente de máxima confidencialidad.

RECEPCIÓN DE LAS PERSONAS A ENCUESTAR

Cada proceso se debe realizar en una hora específica y única. El encuestador, un grupo de encuestadores o todos los encuestadores no deben reunir a todo el grupo a encuestar en un solo escenario. Cada aplicación se hará a 7 jóvenes (u 8 si es el caso) en el lugar especificado.

En el salón que se concertó para la aplicación de la encuesta se recibe al grupo de 7 jóvenes. Por ninguna razón se deben confirmar los nombres de los jóvenes. Deben ubicarse a una distancia prudencial el uno del otro, para evitar que un joven observe las respuestas del otro.

Si existe un espacio muy grande, se puede trabajar dos o tres grupos simultáneamente, teniendo en cuenta las condiciones de espacio para mantener la confidencialidad y el óptimo desarrollo del proceso.

El encuestador debe garantizar que el joven tenga la mayor comodidad posible para diligenciar la encuesta. Por esta razón es importante la visita previa al lugar donde se aplicará la encuesta y asegurar que se encuentre disponible en la hora señalada.

INTRODUCCIÓN DE LA ENCUESTA A LA POBLACIÓN

El éxito de una encuesta puede depender de manera significativa de la forma cómo el encuestador aborda al grupo. Si el encuestador parece vacilante, indeciso o avergonzado, no va a producir una buena respuesta del grupo. El encuestador ideal es amigable, cortés, persistente, cuidadoso, organizado y sobre todo preciso ante las inquietudes de los encuestados.

El encuestador debe explicar el objeto de la encuesta incluyendo los siguientes aspectos:

1. Entregar el sobre con los formatos y explicar de que se tratan.
2. El nombre de quien responde la encuesta no será conocido por el encuestador, ni se escribirá en la encuesta, ni existirá algún mecanismo para relacionarla con él.

3. La institución no conocerá los resultados de sus estudiantes ni de manera grupal ni individual, si no el resultado de la encuesta que se aplicará a 210 jóvenes en todo el municipio o localidad.
4. La encuesta es resuelta por el joven sin que el encuestador sea quien le pregunte.
5. La importancia del diligenciamiento completo y honesto de todas las preguntas. Incluso de considerarlo, debe promover que no se exagere u oculte información.
6. Ante la no comprensión de la pregunta (incluyendo respuesta única o múltiple) puede preguntar al encuestador, sin consultarle su posible respuesta.
7. El mecanismo para mantener la confidencialidad, una vez diligenciada la encuesta.
8. La autonomía para retirarse del salón cuando lo consideren necesario.
9. La encuesta no tiene ningún código de identificación.

Se debe insistir en la presentación que “diligenciar la encuesta de manera sincera es importante para el Proyecto y para el país, pues permitirá ajustar las actividades dirigidas a los jóvenes”.

El joven después de recibir la información debe leer el párrafo informativo y decidir si participa o no en el proceso. El encuestador preguntará a cada uno si desea participar, en el caso que no quiera, le agradecerá la asistencia y no hará ningún procedimiento para su reposición, pues esta es función del supervisor.

APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

A cada joven se le entregará un lápiz y un borrador de nata para el diligenciamiento de la encuesta. Luego se le entregará en un sobre de manila, la encuesta en blanco. Se le debe solicitar al joven que revise que la encuesta tenga todas las hojas impresas.

Posteriormente, se le indicará que lean el párrafo introductorio de la encuesta y que si deciden no contestarla pueden solicitarlo sin ningún problema.

El encuestador debe garantizar que el joven tenga la mayor comodidad para diligenciar la encuesta, garantizando que las demás personas no observen sus respuestas.

ACTITUDES EL ENCUESTADOR

El encuestador debe tener la cualidad de responder a las preguntas de los encuestados de la forma como se estandarizó el proceso y no como reflejo de sus propias actitudes sobre el tema y mucho menos emitiendo juicios de valores.

El encuestador no debe presionar a los encuestados para que respondan rápidamente. Si el encuestado tiene dificultades para responder alguna pregunta, el encuestador la explica junto con las posibilidades de respuesta e indaga si finalmente entendió o no.

El encuestador estará todo el tiempo que sea necesario hasta que el séptimo o el último joven diligencie la encuesta. No establecerá un tiempo máximo o mínimo pues este puede limitar la veracidad o integridad del registro.

RECOLECCIÓN DE LAS ENCUESTAS

Cuando el joven entregue la encuesta, el encuestador preguntará si se aseguró de diligenciarla toda o si tiene alguna pregunta que no contestó por que no la entendió. El diligenciamiento de la encuesta no será supervisado por el encuestador, no revisará si le faltó alguna pregunta por contestar ni la tomará en sus manos; le solicitará al joven que la introduzca en el sobre de manila y que la selle con pegante o con una grapa. Luego, el mismo joven la introducirá en una urna dispuesta para tal fin.

SENSIBILIZACIÓN HACIA EL PROYECTO

Al final de la aplicación, el encuestador puede preguntar al grupo de jóvenes si desean recibir información adicional del proyecto o si quieren hacer preguntas sobre temas que no conocían o que no entendieron de la encuesta. De acuerdo con la respuesta puede realizar una pequeña sesión de información sobre el proyecto o de resolución de inquietudes.

REGISTRO DE CAMPO

En el Diario de Campo, el encuestador consignará la fecha y lugar, hora de inicio, hora de finalización, el nombre del grupo, el conglomerado, la conformación por sexo, las preguntas realizadas por los jóvenes y las situaciones detectadas durante la aplicación.

SUPERVISIÓN DE CAMPO

El supervisor recolectará diariamente las encuestas. En el caso que un grupo esté incompleto por la no participación de un joven, determinará la reposición del joven faltante mediante la selección aleatoria de un nuevo joven del mismo grupo de origen y el momento de aplicación de la encuesta con otros jóvenes de otros grupos faltantes.

El supervisor asistirá al menos a 2 grupos de aplicación por encuestador que seleccionará de forma aleatoria. En un Registro de Observación al encuestador, consignará la información pertinente (Este formato es opcional de acuerdo al monitoreo y seguimiento de la calidad del proceso que cada alianza realice).

El supervisor realizará al menos dos reuniones de trabajo con el equipo de encuestadores donde revisará los registros de campo diario y comentará lo detectado en las sesiones correspondientes. De estas reuniones se levantará un acta con las observaciones realizadas.

ANEXO C. CONSENTIMIENTO

ENCUESTA PARA JOVENES SALUD SEXUAL Y VIH

Recibe un afectuoso saludo.

El Proyecto del Fondo Mundial en Colombia con algunas organizaciones del país trabajan en tu comunidad para mejorar la situación de salud de los jóvenes como tu, sobre todo para mejorar la salud sexual y reproductiva, evitar los embarazos inesperados, las infecciones de transmisión sexual y el SIDA.

Tienes en tus manos tiene la encuesta sobre salud sexual y VIH que se está llevando a cabo en 48 municipios del país, para conocer lo que los y las jóvenes creen y hacen sobre su sexualidad. Los resultados obtenidos en las casi 7.000 encuestas que realizaremos en el país permitirán programar mejores actividades para que los y las jóvenes tengan una mejor salud sexual y reproductiva.

Tu fuiste seleccionado por sorteo y nos gustaría que nos respondieras las preguntas de esta encuesta. La información que nos darás no tendrá ningún tipo de identificación.

Será imposible que en tu colegio, tus profesores o tus compañeros se enteren de lo que contestaste. Además nosotros no conocemos su nombre por lo que es imposible que te podamos identificar. Si no eres estudiante, será imposible que las otras personas que están siendo encuestadas contigo o el líder de tu grupo sepan o conozcan tus respuestas.

Las siguientes cosas están garantizadas para que nadie conozca tu nombre:

1. No se escribirá tu nombre, tu identificación o tu colegio en alguna parte.
2. Ni el encuestador ni tus compañeros pueden ver tus respuestas mientras contestas.
3. El encuestador no te preguntará directamente ni leerá tus respuestas cuando entregues la encuesta.
4. Tú introducirás la encuesta en un sobre cerrado dentro de una urna, nosotros no la recibiremos de tus manos.
5. La encuesta será enviada directamente a Bogotá.

Si decides no participar en esta encuesta puedes decirle a nuestro encuestador y no habrá ningún problema, lo mismo que si decides no continuar llenándola.

Si en algún momento tienes alguna pregunta sobre la encuesta, el encuestador estará en condiciones de respondértela.

Al final de la actividad puedes solicitar más información sobre el Proyecto o sobre la encuesta a nuestro encuestador o puedes escribirnos al correo electrónico _____



www.entodotuderecho.com